

Atención Hospitalaria, Cirugía, Anestesia y Reanimación

XXXIV LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXXIV Lecciones en Salud Hospitalaria.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXIV Lecciones en Salud Hospitalaria.

Fecha de publicación: 15 de julio 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: 2ª edición 978-84-19560-21-6 y 1ª edición 978-84-18472-61-9

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO DURANTE EL EMBARAZO RAQUEL EIRAS LEAL, ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA Y ALBA PENELA CARRASCO	3
2	HIPERTIROIDISMO EN EMBARAZO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO RAQUEL EIRAS LEAL, ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA Y ALBA PENELA CARRASCO	9
3	¿CUÁNDO DEBEMOS DE SOSPECHAR UNA TIROIDITIS POSPARTO Y COMO TRATARLA? RAQUEL EIRAS LEAL, ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA Y ALBA PENELA CARRASCO	15
4	TUMOR DE BRENNER BORDERLINE DEL OVARIO LAURA LORENTE GEA, ANA ISABEL GIL LIÑAN Y MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA	21
5	RECIDIVA DE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA EN EL TRASPLANTE RENAL JUAN PABLO GÁMEZ ESPAÑA Y AMPARO SÁNCHEZ ROMERO	25
6	ANATOMÍA DEL INJERTO RENAL Y SU CORRELACIÓN RADIOLÓGICA EDUARDO JOSUÉ BANEGAS DERAS Y LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS	29
7	GESTIÓN DEL TALENTO EN MEDICINA Y CIRUGÍA JUAN LUJAN COLAS	33

8	TRAS LA EXCELENCIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA JUAN LUJAN COLAS	37
9	DOLOR TORÁCICO. PONIENDO EN VALOR LA ERGOMETRÍA CONVENCIONAL JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ANA LAURA VALCÁRCCEL AMANTE, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, ZOSER SAURA CARRETERO Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	43
10	DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR A NIVEL HOSPITALARIO ZOSER SAURA CARRETERO, ANA LAURA VALCÁRCCEL AMANTE, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	47
11	LLEGANDO AL DIAGNÓSTICO DE LA TAQUICARDIA TRAS ADMINISTRAR ADENOSINA ANA LAURA VALCÁRCCEL AMANTE, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE, ZOSER SAURA CARRETERO Y ANTONIO DÍAZ GUIRAO	51
12	TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE LOCALIZACIÓN GÁSTRICA ANA ISABEL GIL LIÑAN, LAURA LORENTE GEA Y MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA	57
13	TAPONAMIENTO CARDIACO COMO MANIFESTACION DE UN DERRAME PERICÁRDICO SEVERO BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, ANTONIO DÍAZ GUIRAO, ANA LAURA VALCÁRCCEL AMANTE, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE Y ZOSER SAURA CARRETERO	61
14	MANEJO DEL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO BELÉN PALACIOS ORTEGA	65
15	LA DIGNIDAD HUMANA DEL PACIENTE ANESTESIADO TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA, ALBA FERNÁNDEZ CÍA, MIREN ROS AÑON, MARÍA CORREAS MARÍN Y OLAIA TORRES ERICE	69

16	LA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE, BEATRIZ PLAZA CAMPOS, MERCEDES MARTÍNEZ VELA Y ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO	77
17	NECESIDAD DE OPTIMIZAR LA ACTUACIÓN PREQUIRÚRGICA PARA ASEGURAR EL ÉXITO DE LA CIRUGIA VANESA FRIERA DE LA RUBIA	83
18	LACTANCIA MATERNA Y COVID 19. PRINCIPALES RECOMENDACIONES RAQUEL GENOVÉS PICÓ, ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ, MARTA TOMÁS MUÑOZ Y VANESSA NAVARRO AGUILAR	87
19	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO EN PACIENTES CON EPOC LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ Y ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS	93
20	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM OLAIA TORRES ERICE, VIRGINIA ALBERO GARRIDO, VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ, MARCO ALDONZA TORRES Y IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN	99
21	PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA TERESA MARÍA IGLESIAS OLIVEROS	107
22	CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER CON MASTECTOMIA EDUCACION PARA LA SALUD DE LA ENFERMERIA LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA	111
23	CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN ENFERMERÍA DE LOS CATÉTERES INSERCCIÓN PERIFÉRICA LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA	115
24	ENFERMERÍA TÉCNICA MONDAL VS TÉCNICA CONVENCIONAL EN HERIDAS QUIRÚRGICAS LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA	119

25	LA ENFERMERA ANTE EL MANEJO A NIVEL FISICO Y EMOCIONAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA	123
26	BLOQUEO NERVIOSO EN PRÓTESIS DE RODILLA LORENA ÁLVAREZ ESCOBAR	127
27	ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE ONCOLÓGICO Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ, SERGIO ESTEBAN ESTEBAN, SANDRA FERRERO SERRANO, LYDIA RUBIO LÓPEZ Y ALEJANDRO BORGE MARTINEZ	131
28	ENFERMERÍA: ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE-KORSAKOFF EN PACIENTE ALCOHÓLICO ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ, SERGIO ESTEBAN ESTEBAN, SANDRA FERRERO SERRANO, LYDIA RUBIO LÓPEZ Y ALEJANDRO BORGE MARTINEZ	135
29	ENFERMERÍA ANTE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SUS CAUSAS ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ, SERGIO ESTEBAN ESTEBAN, SANDRA FERRERO SERRANO, LYDIA RUBIO LÓPEZ Y ALEJANDRO BORGE MARTINEZ	141
30	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO GEMA GARCIA RUBIO	145
31	ENFERMERÍA EN LA VULNERACIÓN LEGAL DEL SECRETO PROFESIONAL PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN, ALVARO NOGUERO CRUZ Y GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS	149
32	A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN, ALVARO NOGUERO CRUZ Y GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS	155

33	EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE LOS CITOSTÁTICOS GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS, PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS, EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN Y ALVARO NOGUERO CRUZ	159
34	TECNICAS DE ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO SEGÚN LOCALIZACIÓN Y COMPLICACIONES DERIVADAS DEL PROCEDIMIENTO ANA IZCO SALINAS, IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN, MARCO ALDONZA TORRES, VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ Y VIRGINIA ALBERO GARRIDO	165
35	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO VESICAL CONTINUO PATRICIA CANTERO DE JULIÁN	179
36	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO PATRICIA CANTERO DE JULIÁN	183
37	BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO ANA FERNÁNDEZ PÉREZ Y SANDRA GARCIA SÁNCHEZ	189
38	MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO MARÍA MARÍN SABARIEGO, MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ Y JOAQUÍN PANCORBO MENA	193
39	ENFERMEDAD DEL PARKINSON CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN NUESTRO ENTORNO. TRATAMIENTO Y TERAPIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA BEATRIZ PLAZA CAMPOS, ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO, LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE Y MERCEDES MARTÍNEZ VELA	197
40	ENFERMERIA Y SUS PRINCIPALES ERRORES DE MEDICACIÓN MARTA GARZÁS PARAMIO, NATALIA GALLEGO VILLAFAINA Y ANA TALAVERA SALVADOR	201

41	PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA MARTA GARZÁS PARAMIO, NATALIA GALLEGO VILLAFAINA Y ANA TALAVERA SALVADOR	205
42	ENFERMERÍA: QUÉ ES LA DISMENORREA Y SU TRATAMIENTO BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, ELENA MELERO MORENO, MARTA MONESCILLO CABALLERO, ADELA RUIZ MUÑOZ Y RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL	211
43	ENFERMERIA Y LAS PATOLOGÍAS MAMARIAS BENIGNAS BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, ELENA MELERO MORENO, MARTA MONESCILLO CABALLERO, ADELA RUIZ MUÑOZ Y RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL	215
44	ENFERMERIA Y LAS GESTANTES CON PLACENTA PREVIA: SU DIAGNÓSTICO Y SU SEGUIMIENTO BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ, ELENA MELERO MORENO, MARTA MONESCILLO CABALLERO, ADELA RUIZ MUÑOZ Y RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL	221
45	PROPUESTA ESTUDIO SOBRE LA INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN EN LA ANSIEDAD PREOPERATORIA MARÍA CORREAS MARÍN, MIREN ROS AÑON, ALBA FERNÁNDEZ CÍA, TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA Y ANA IZCO SALINAS	225
46	ENFERMERÍA Y LA DACRIOCISTITIS CRÓNICA ANTONIA DIAZ MUÑOZ, SARA DÍAZ ÍÑIGO, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES, ALMUDENA AROCA LOPEZ Y SERGIO SANTOS TIRADO	231
47	ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS QUIMIOTERÁPICOS ANTONIA DIAZ MUÑOZ, SARA DÍAZ ÍÑIGO, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES, ALMUDENA AROCA LOPEZ Y SERGIO SANTOS TIRADO	235
48	ENFERMERÍA EN UROGRAFÍA INTRAVENOSA ANTONIA DIAZ MUÑOZ, SARA DÍAZ ÍÑIGO, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES, ALMUDENA AROCA LOPEZ Y SERGIO SANTOS TIRADO	241

49	ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS CON PACIENTES CON ASCITIS NATALIA GALLEGO VILLAFAINA, MARTA GARZÁS PARAMIO Y ANA TALAVERA SALVADOR	245
50	ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA RESPIRATORIA PARA EL MANEJO DE LA VIA AÉREA EN ENFERMERÍA MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ	249
51	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SONDAJE VESICAL Y NASOGÁSTRICO MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ	255
52	LA ENFERMERA EN LA SALA DE OPERACIONES DEL MEDIO HOSPITALARIO THALÍA TORRUBIA FRÍAS	261
53	USO DEL DISPOSITIVO BUZZY EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO BELÉN PALOMO RODRÍGUEZ	265
54	LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUIROFANO VANESA ALONSO GONZÁLEZ, ANDREA VIEJO GONZÁLEZ, BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ Y PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA	269
55	LAS POSICIONES QUIRÚRGICAS Y SU IMPORTANCIA EN EL QUIRÓFANO VANESA ALONSO GONZÁLEZ, ANDREA VIEJO GONZÁLEZ, BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, CRISTINA FERREIRO PELÁEZ Y PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA	273
56	FRACTURAS PERIIMPLANTE DEL FEMÚR EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR VANESA FRIERA DE LA RUBIA	279

57	ENFERMERÍA Y LOS BENEFICIOS DE UTILIZAR CUESTIONARIO CHOYKE EN PACIENTES AMBULATORIOS LAURA LOPEZ MUÑOZ, MARIA TERESA LEDESMA HERANCE, MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL Y SILVIA PARADA QUIÑONES	283
58	ENFERMERIA Y EL ÍNDICE TOBILLO/BRAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA LAURA LOPEZ MUÑOZ, MARIA TERESA LEDESMA HERANCE, MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL Y SILVIA PARADA QUIÑONES	287
59	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DAI CON INFECCIÓN DE E. COLI LAURA LOPEZ MUÑOZ, MARIA TERESA LEDESMA HERANCE, MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA, SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL Y SILVIA PARADA QUIÑONES	291
60	ALTERNATIVAS A LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: PROSTAGLANDINAS E1 VERSUS E2 CORAL LÓPEZ ALFARO, EVA LAOSA RUANO, BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ, TERESA MOLINA CAMBRA Y ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ	301
61	ENFERMERÍA Y LA COLITIS ULCEROSA EN LA INFANCIA MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO, BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN, MARIA PORTELA COLAO, BEATRIZ OEO DELGADO Y VANESSA VILLARTA HIGUERA	309
62	ENFERMERÍA Y LA ICTERICIA NEONATAL MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO, BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN, MARIA PORTELA COLAO, BEATRIZ OEO DELGADO Y VANESSA VILLARTA HIGUERA	313
63	ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE CASOS DE OBESIDAD INFANTIL MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO, BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN, MARIA PORTELA COLAO, BEATRIZ OEO DELGADO Y VANESSA VILLARTA HIGUERA	317

64	UTILIZACIÓN DEL CERCLAJE CERVICAL, EL PESARIO Y LA PROGESTERONA COMO MÉTODOS PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO CORAL LÓPEZ ALFARO, EVA LAOSA RUANO, BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ, TERESA MOLINA CAMBRA Y ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ	323
65	TÉCNICAS EN GESTANTES CON FETOS EN PRESENTACIÓN PODÁLICA: LA MOXIBUSTIÓN CORAL LÓPEZ ALFARO, EVA LAOSA RUANO, BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ, TERESA MOLINA CAMBRA Y ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ	333
66	ENFERMERÍA Y EL RECIEN NACIDO PRETÉRMINO ALEJANDRO MARTÍNEZ BIEDMA	339
67	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ARANTZAZU LOPEZ ROMANO	343
68	MEDIACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL COTEJO DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN SONDAJE VESICAL ALBA PEÑA GARCÍA, MARTA ESPARTERO VELASCO Y BELEN MAESO MORENO	347
69	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA SEPTOPLASTIA MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ, MARÍA MARÍN SABARIEGO Y JOAQUÍN PANCORBO MENA	355
70	ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NOELIA ÁLVAREZ RERO	361
71	ENFERMERIA Y LA ALIMENTACIÓN FORZADA EN EL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ	365
72	RADIODERMITIS POR RADIOTERAPIA CRISTINA FERREIRO PELÁEZ, BEATRIZ GARCIA MENENDEZ, ANDREA VIEJO GONZÁLEZ, VANESA ALONSO GONZÁLEZ Y PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA	369

73	ANESTESIA RAQUÍDEA: FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE ANESTESIA LAURA FERNÁNDEZ SOLER	373
74	RELACIÓN ENTRE EL TABACO Y CÁNCER VESICAL COMO FACTOR DE RIESGO ES EL PACIENTE INTERVENIDO DE CISTECTOMÍA RADICAL JOAQUÍN PANCORBO MENA, MARÍA MARÍN SABARIEGO Y MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ	377
75	ENFERMERÍA: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA MARIA CRISTINA PEREZ MAHIA	381
76	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL ANDREA MORAL BELMAR Y ANA MARTÍNEZ PÉREZ	385
77	CLASIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ANA MARTÍNEZ PÉREZ Y ANDREA MORAL BELMAR	389
78	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA ANA MARTÍNEZ PÉREZ Y ANDREA MORAL BELMAR	393
79	EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS Y ATENCIONES DE ENFERMERÍA SOBRE EL PACIENTE ANCIANO CON CÁNCER LUCIA MENAS CRESPO	397
80	LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: IMPORTANCIA Y FUNCIONES DE ENFERMERÍA LAURA FERNÁNDEZ SOLER	403
81	BACTERIEMIA ZERO, NIVEL FORMATIVO DEL FUTURO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA MYRIAN CARCELEN RODENAS, PAULA JARA GARCÍA, MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ Y CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO	407

82 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE DRENAJES	
PAULA JARA GARCÍA, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ, MYRIAN CARCELEN RODENAS, CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO Y MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO	411
83 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
LAURA FERNÁNDEZ SOLER	415
84 ITU-ZERO, NIVEL FORMATIVO DEL FUTURO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	
CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO, PAULA JARA GARCÍA, MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO, MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ Y MYRIAN CARCELEN RODENAS	419
85 LA NUTRICION ENTERAL	
JUANA MARIA RIESGO CAÑON Y PILAR RIESGO CAÑON	423
86 CUIDADOS DE ENFERMERÍA BÁSICOS EN PACIENTES PORTADORES DE PICC	
MARÍA TORIJA GARCÍA, NAZARET SOTO LABRA, DIEGO VICENTE CUETO, ESTHER ROMANO LOBETO Y EVA VIZCAINO IGLESIAS	427
87 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA REPERCUSIÓN DEL COVID-19 EN EL PROCESO DE GESTACIÓN Y NACIMIENTO	
MÓNICA MACHICADO SOTOCÁ Y ISABEL NAVARRO LÓPEZ	433
88 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS CON COVID-19	
MÓNICA MACHICADO SOTOCÁ Y ISABEL NAVARRO LÓPEZ	439
89 EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI): HOY, IMPRESCINDIBLE PARA EL PERSONAL SANITARIO	
JUANA MARIA RIESGO CAÑON Y PILAR RIESGO CAÑON	443
90 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI	
MARIA DEL CARMEN GARCÍA GARCÍA	451

91	EL SINDROME DE GUILLAIN-BARRE (SGB) EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI MARIA DEL CARMEN GARCÍA GARCÍA	455
92	CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO VANESA GONZÁLEZ CARBAJAL	461
93	HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE ELDA PITA LÓPEZ	465
94	IMPORTANCIA DE LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS MELISSA VÁZQUEZ IBARRA	469
95	INGRESO HOSPITALARIO Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL INGRESO MELISSA VÁZQUEZ IBARRA	473
96	UTILIZACIÓN DE INHALADORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NURIA CEPEDAL FERRER	477
97	FUNCIONES DEL TCAE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CANDIDA ROSA VÁZQUEZ VÁZQUEZ	483
98	ATENCIÓN HOSPITALARIA: CIRUGÍA - COLECISTITIS SARA BARDISI CRIADO	487
99	EL ENFERMO INFANTIL DESDE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ, MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA, SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, SILVIA ALONSO ALBUERNE Y MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ	497
100	ATENCIÓN HOSPITALARIA: LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR SARA BARDISI CRIADO	503

101	TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA FUNCIONES CON EL PACIENTE EN UNIDAD DE QUEMADOS MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA, JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO, ISABEL DÍAZ COTILLAS, JOSEFA PÉREZ ROS Y AMALIA GARCIA LAJARA	511
102	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE EL TRASTORNO PSICÓTICO BREVE MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA, JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO, ISABEL DÍAZ COTILLAS, JOSEFA PÉREZ ROS Y AMALIA GARCIA LAJARA	517
103	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ASEO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA, JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO, ISABEL DÍAZ COTILLAS, JOSEFA PÉREZ ROS Y AMALIA GARCIA LAJARA	521
104	EL PACIENTE TERMINAL HOSPITALIZADO DESDE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ, DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ, MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA, SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y SILVIA ALONSO ALBUERNE	527
105	EMBARAZO MOLAR O MOLA HIDATIFORME BEATRIZ VALCARCEL GONZALEZ Y NATALIA GONZÁLEZ LÓPEZ	533
106	LEUCEMIA: QUÉ ES Y TIPOS NATALIA GONZÁLEZ LÓPEZ Y BEATRIZ VALCARCEL GONZALEZ	537
107	DEFINICIÓN Y ESTUDIO DE LA PIREXIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NURIA MARTÍNEZ RAMÓN, MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN, RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ, JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ Y FRANCISCA GARCÍA LORENZO	541

108 LA UNIDAD DE QUIRÓFANO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NURIA MARTÍNEZ RAMÓN, MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN, RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ, JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ Y FRANCISCA GARCÍA LORENZO	545
109 LA REALIZACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DEL SONDAJE URINARIO A LOS PACIENTES NURIA MARTÍNEZ RAMÓN, MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN, RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ, JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ Y FRANCISCA GARCÍA LORENZO	549
110 ATENCIÓN HOSPITALARIA: LA ANESTESIA SARA BARDISI CRIADO	553
111 LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO LIDIA RODRIGUEZ ARGUELLES Y ANTONIO GUTIERREZ RONDEROS	559
112 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EVA MARIA VILALTA DIAZ	563
113 TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO: EL PARKINSON BEATRIZ VALCARCEL GONZALEZ Y NATALIA GONZÁLEZ LÓPEZ	575
114 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO CARMEN MARTIN ORTIZ, JOSEFA MILAN ANAYA, OLGA VIECO DE LAS HERAS, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS Y ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO	579
115 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CARMEN MARTIN ORTIZ, JOSEFA MILAN ANAYA, OLGA VIECO DE LAS HERAS, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS Y ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO	583

116	URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y HOSPITALIZACION, ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CARMEN MARTIN ORTIZ, JOSEFA MILAN ANAYA, OLGA VIECO DE LAS HERAS, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS Y ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO	587
117	LOS RIESGOS RADIOLÓGICOS POR ZONAS PUBLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BENEDICTA FERNÁNDEZ GOMEZ	591
118	LA MALNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR VANESA PUENTE FERNANDEZ	597
119	CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE INCAPACITACIÓN O CAPACITACIÓN DEL PACIENTE ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, VERONICA NUÑEZ GIL, MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ, ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO Y RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ	603
120	CONOCIMIENTOS DE LA DIETA HIPOCALORICA EN EL ENVEJECIMIENTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, VERONICA NUÑEZ GIL, MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ, ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO Y RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ	607
121	EDUCACIÓN SANITARIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PRESPECTIVA Y APARICIÓN DE EL CLIMATERIO Y PREVENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS, VERONICA NUÑEZ GIL, MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ, ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO Y RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ	611
122	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y ENFERMO TERMINAL. ACTUACIÓN Y CUIDADOS EVA MARIA VILALTA DIAZ	615

- 123 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL ÁMBITO SANITARIO: FUNCIONES QUE DEBE
DESARROLLAR CUANDO ESTÁ ADSCRITO AL SERVICIO DE
PRUEBAS RADIOLÓGICAS Y DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**
MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ, NOELIA GARCIA
ARCONES, MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS, ASCENSIÓN MESA
ORDÓÑEZ Y LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ 625
- 124 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL ÁMBITO SANITARIO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE
ESPIROMETRÍA**
MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ, NOELIA GARCIA
ARCONES, MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS, ASCENSIÓN MESA
ORDÓÑEZ Y LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ 631
- 125 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA
COMUNICACIÓN CON PACIENTES PEDIÁTRICOS**
MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL, RAQUEL GARCIA SEMOLINO,
JOSEFA BONILLA ROMERO, GEMA DONAIRE RODRIGUEZ Y
YOLANDA PAVÓN GOMEZ 635
- 126 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
FUNCIONES EN EL SONDAJE VESICAL**
MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL, RAQUEL GARCIA SEMOLINO,
JOSEFA BONILLA ROMERO, GEMA DONAIRE RODRIGUEZ Y
YOLANDA PAVÓN GOMEZ 639
- 127 **EL TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE REHABILITACIÓN**
MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL, RAQUEL GARCIA SEMOLINO,
JOSEFA BONILLA ROMERO, GEMA DONAIRE RODRIGUEZ Y
YOLANDA PAVÓN GOMEZ 645
- 128 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS CUIDADOS DE RECIÉN NACIDO**
PAULA PARDO GOMEZ, MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ,
SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ, LAURA RISCOS RODRÍGUEZ Y
NATALIA MAZA PUJALTE 651

129 LA HIDATRACIÓN EN EL ANCIANO INSTITUTONACIONALIZADO VANESA PUENTE FERNANDEZ	657
130 SOPORTE NUTRICIONAL: NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTE CON ICTUS, EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). CASO CLÍNICO PAULA PARDO GOMEZ, MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ, LAURA RISCOS RODRÍGUEZ Y NATALIA MAZA PUJALTE	661
131 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ICTUS MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, PAULA PARDO GOMEZ, SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ, LAURA RISCOS RODRÍGUEZ Y NATALIA MAZA PUJALTE	665
132 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, PAULA PARDO GOMEZ, SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ, LAURA RISCOS RODRÍGUEZ Y NATALIA MAZA PUJALTE	671
133 LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN FELISA DÍAZ FERNANDEZ, MARÍA DOLORES SOLANILLA DIAZ, ARIADNA DE LA FUENTE FERNÁNDEZ, ALESSANDRA GARCÍA PALICIO Y ROSA MARÍA DÍAZ FERNÁNDEZ	675
134 LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS ANA FERNÁNDEZ PELÁEZ	679
135 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EVA MENCÍA MORENO, MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, NATALIA ERUSTES LÓPEZ, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA	683

136 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL RIESGO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS DE SUFRIR ÚLCERAS POR PRESIÓN EVA MENCÍA MORENO, MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, NATALIA ERUSTES LÓPEZ, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA	687
137 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS POSTMORTEM EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS EVA MENCÍA MORENO, MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO, NATALIA ERUSTES LÓPEZ, NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS Y CRISTINA FLORINA GRAMA	691
138 EL SÍNDROME DE LA INMOVILIDAD EN PERSONAS MAYORES VANESA PUENTE FERNANDEZ	695
139 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS BEATRIZ AZEVEDO CANADO	701
140 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA BEATRIZ AZEVEDO CANADO	705
141 LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE NOELIA MARIA GUERRERO CASADO	709
142 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: ENDOSCOPIA MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ, NOELIA GARCIA ARCONES, MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS, ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ Y LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ	713

- 143 LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE EMBARAZADA EN PARITORIO
POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
NASIMA OURTANE LAASRI, MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA,
CONSUELO PERONA MARTÍNEZ, BARBARA DE ARCE SANCHEZ-
DEHESA Y VIRGINIA POBLETE CANILLAS 719
- 144 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y LOS
PACIENTES QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA**
NASIMA OURTANE LAASRI, MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA,
CONSUELO PERONA MARTÍNEZ, BARBARA DE ARCE SANCHEZ-
DEHESA Y VIRGINIA POBLETE CANILLAS 723
- 145 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
FUNCIONAMIENTO DE LOS ENEMAS EN PACIENTES**
NASIMA OURTANE LAASRI, MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA,
CONSUELO PERONA MARTÍNEZ, BARBARA DE ARCE SANCHEZ-
DEHESA Y VIRGINIA POBLETE CANILLAS 729
- 146 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y RELACIÓN CON EL PACIENTE QUE ES HIPOCONDRÍACO**
ANTONIA SERRANO SERRANO, MARIA DEL CARMEN OLMO
GARCIA, YOLANDA RUIZ BUITRAGO Y MARIA DE LOS ANGELES
MONTES MENA 733
- 147 CONOCIMIENTOS SOBRE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA POR PARTE
DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
(TCAE)**
MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA, ANTONIA SERRANO
SERRANO, MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA Y YOLANDA
RUIZ BUITRAGO 737
- 148 FUNCIONES DEL TCAE Y LOS VALORES DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO**
MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA, ANTONIA SERRANO
SERRANO, MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA Y YOLANDA RUIZ
BUITRAGO 741

- 149 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES**
DAVID RAMOS GARCÍA, MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ, PILAR IBÁÑEZ PASTOR, MARTA GIL CRUZ Y LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE 745
- 150 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
DAVID RAMOS GARCÍA, MARTA GIL CRUZ, MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ, PILAR IBÁÑEZ PASTOR Y LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE 749
- 151 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
DAVID RAMOS GARCÍA, MARTA GIL CRUZ, MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ, LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE Y PILAR IBÁÑEZ PASTOR 753
- 152 DRENAJES: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN**
MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO, SANDRA RAMOS LORENZO, CLARA HERRERO FERNANDEZ Y MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL 757
- 153 EL PACIENTE CON DISFAGIA Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MIHAI MANZAT, JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO, SARA DOMÍNGUEZ MERINO, KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL Y ALMUDENA DEL RÍO CORRAL 761
- 154 TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS MASCARILLAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MIHAI MANZAT, JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO, SARA DOMÍNGUEZ MERINO, KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL Y ALMUDENA DEL RÍO CORRAL 765

- 155 LOS CUIDADOS NECESARIOS POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES ONCOLÓGICOS**
MIHAI MANZAT, JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO, SARA DOMÍNGUEZ MERINO, KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL Y ALMUDENA DEL RÍO CORRAL 769
- 156 EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR POR PARTE DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO, FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO, PATRICIA MEDINA FLORES, MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA Y SANDRA ZAPATA ANGORA 775
- 157 TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES ENFERMERÍA EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO QUE INGRESA EN UCI**
PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO, FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO, PATRICIA MEDINA FLORES, MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA Y SANDRA ZAPATA ANGORA 779
- 158 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DE BEBÉS RECIÉN NACIDOS**
PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO, FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO, PATRICIA MEDINA FLORES, MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA Y SANDRA ZAPATA ANGORA 783
- 159 CONSTANTES VITALES: LA TEMPERATURA CORPORAL**
MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL, CLARA HERRERO FERNANDEZ, MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO Y SANDRA RAMOS LORENZO 787
- 160 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COLABORACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE DISTINTOS TIPOS DE SONDAS. QUÉ ES UNA SONDA PARA, PARA QUÉ SE UTILIZA. TIPOS DE SONDAS Y CÓMO SE UTILIZAN SEGÚN SU NECESIDAD**
SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ, MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, LAURA RISCOS RODRÍGUEZ, NATALIA MAZA PUJALTE Y PAULA PARDO GOMEZ 791

161 ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL NATALIA MAZA PUJALTE, PAULA PARDO GOMEZ, MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ, SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ Y LAURA RISCOS RODRÍGUEZ	797
162 TULAREMIA :CONTAGIOSA Y MORTAL MARIA PAZ ORTEGA	801
163 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL LAVADO Y DESINFECCIÓN DE LOS ENDOSCOPIOS JENNIFER SUÁREZ VILLANUEVA, MARTA SÁNCHEZ RIVERA, ISABEL GARCIA SIXTO, LORENA AMARILLA SANCHEZ Y NOELIA FERNÁNDEZ VALLE	805
164 ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LA PERSONA ANCIANA MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, SANDRA BUENDIA GÓMEZ, BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO Y TANYA ANGELOVA KARTSELSKA	809
165 PROBLEMAS DE METABOLISMO PAULA SALILLAS	815
166 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: FUNCIONES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS NEREA DE LA CERA AMENEDO, MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ, Mª ADELA GARCIA MENENDEZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA Y JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO	819
167 ÚLCERAS POR PRESIÓN EVA BEATRIZ PRADO SUÁREZ	823
168 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL ADULTO CORNELIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, ANA LAFUENTE SUAREZ, MONICA MENENDEZ MENENDEZ, ANABEL ISABEL FRANCO CERCADO Y LUCIA PEREZ DIAZ	827

- 169 MOBBING ENTRE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL**
GLORIA GARCÍA SENCHERMAN, ÁNGEL MANUEL FRAGA
FERNÁNDEZ, ADRIANA VIEIRA MARTINS, ANDREA FERNÁNDEZ
TEJERO Y MARÍA BELÉN LÓPEZ BRAÑA 831
- 170 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA ANTE LA ESQUIZOFRENIA**
CARMEN SUSANA GARCÍA LOREDO Y CRISTINA CIDON
GUTIERREZ 839
- 171 LA HISTORIA CLÍNICA**
CLARA HERRERO FERNANDEZ, SANDRA RAMOS LORENZO,
MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO Y MARTA MARTÍNEZ
ALGUACIL 845
- 172 PREVENCIÓN Y CUIDADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE QUE
TIENE POLIMEDICACIÓN**
ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, LORENA FERNÁNDEZ
IZQUIERDO, CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR, MARTA MARTÍNEZ
MOLERO Y CARMEN MEGÍA PRIETO 849
- 173 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA**
ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, LORENA FERNÁNDEZ
IZQUIERDO, CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR, MARTA MARTÍNEZ
MOLERO Y CARMEN MEGÍA PRIETO 853
- 174 CONOCIMIENTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS CUIDADOS BASICOS DE LA
CAVIDAD BUCAL DEL PACIENTE INCONSCIENTE**
ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO, LORENA FERNÁNDEZ
IZQUIERDO, CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR, MARTA MARTÍNEZ
MOLERO Y CARMEN MEGÍA PRIETO 857
- 175 TURNICIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL**
LAURA CASTRILLO LHOSTE, MARIA DEL CARMEN MARIÑO
BARROS, MIRIAM COTO BEGEGA, MARÍA DEL ROSARIO
GONZALEZ CELORIO Y VANESA GALAN CARRANDI 861

- 176 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIONES CON LOS CARROS DE CURAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS**
ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO, MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, MARIA JUANA DELGADO ORTIZ, JORGE MATIA BELTRÁN Y CONSUELO CALVO CARPINTERO 865
- 177 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA GLÁNDULA TIROIDES**
ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO, MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, MARIA JUANA DELGADO ORTIZ, JORGE MATIA BELTRÁN Y CONSUELO CALVO CARPINTERO 869
- 178 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS DE LOS PACIENTES**
ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO, MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO, MARIA JUANA DELGADO ORTIZ, JORGE MATIA BELTRÁN Y CONSUELO CALVO CARPINTERO 875
- 179 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN DE LA UME**
ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ, MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ, CARMEN GARCÍA MUÑOZ, NURIA DE PAZ Y ILHAM SALMI LHASNI 879
- 180 PATOLOGÍAS DEL APARATO DIGESTIVO. LA IMPORTANCIA PARA SU DETECCIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ISABEL GARCIA SIXTO, MARTA SÁNCHEZ RIVERA, NOELIA FERNÁNDEZ VALLE, JENNIFER SUÁREZ VILLANUEVA Y LORENA AMARILLA SANCHEZ 883
- 181 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE EL TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN POR RESTRICCIÓN**
ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ, ILHAM SALMI LHASNI, NURIA DE PAZ, CARMEN GARCÍA MUÑOZ Y MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ 887
- 182 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE FÁRMACOS EN FARMACIA**
MARIA BELEN CARRO RUBIERA 891

183	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE PIEL CON PIEL ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ, CARMEN GARCÍA MUÑOZ, MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ, NURIA DE PAZ Y ILHAM SALMI LHASNI	895
184	APARICIÓN DE DIABETES GESTACIONAL DURANTE LA GESTACION CONOCIMIENTOS DEL AUXILIAR MANUELA LUIZA VIOREL VIOREL	899
185	COLOCACIÓN Y RETIRA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL TCAE SANDRA BUENDIA GÓMEZ, BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, TANYA ANGELOVA KARTSELSKA Y MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ	903
186	EL ALZHEIMER DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SILVIA ALONSO ALBUERNE, DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ, MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA, SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ	907
187	AUXILIAR EN QUIRÓFANO BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, SANDRA BUENDIA GÓMEZ, MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ Y TANYA ANGELOVA KARTSELSKA	911
188	CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE OMAR GARCÍA FERNÁNDEZ	917
189	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ESTERILIZACIÓN BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO, SANDRA ZARZALEJO LLORENTE, SANDRA BUENDIA GÓMEZ, MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ Y TANYA ANGELOVA KARTSELSKA	921

190 ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN: TIPOS DE DIETAS HOSPITALARIAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SONIA PULIDO HERENA, CELIA HUERTA MARTÍNEZ, ANA BELEN SUAREZ FERNANDEZ, INES GONZALEZ ALBURQUERQUE Y LORENA ÁLVAREZ ORDIERES	925
191 HIPERTENSIÓN: EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA Y LAURA ORTAS GONZÁLEZ	929
192 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA Y LAURA ORTAS GONZÁLEZ	933
193 FUNCIONES DEL/LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL ENFERMO TERMINAL Mª ADELA GARCIA MENENDEZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA, JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO, NEREA DE LA CERA AMENEDO Y MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ	937
194 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMPETENCIAS HACIA EL PACIENTE PALIATIVO Y LA FAMILIA CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ	941
195 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA, MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ Y FRANCISCA LUZÓN SELVA	945
196 TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA, MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ Y FRANCISCA LUZÓN SELVA	949

197	TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DEL CABELLO DE UN PACIENTE ENCAMADO MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA, MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ Y FRANCISCA LUZÓN SELVA	953
198	ACTIVIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA EN EL TURNO DE TARDE. ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN	957
199	TRASTORNOS MENTALES EN LOS PACIENTES Y SU RELACIÓN CON EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AROA MARÍA PEINADO ALARCÓN	961
200	NECESIDAD DE MOVILIZACION- INMOVILIDAD FÍSICA EVA BEATRIZ PRADO SUÁREZ	967
201	DIABETES GESTACIONAL MARIA LUISA GIL SERRANO, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN	971
202	CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO MARIA LUISA GIL SERRANO, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN	975
203	CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL/DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL AROA MARÍA PEINADO ALARCÓN	979

204	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PEDIÁTRICA MARIA LUISA GIL SERRANO, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN	987
205	SONDAJE DEL APARATO URINARIO ELDA PITA LÓPEZ	991
206	LA HIGIENE HOSPITALARIA PARA EVITAR ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN POR CONTACTO. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARIA CRISTINA GOMEZ ALONSO	1001
207	MITOS SOBRE LOS SUPERALIMENTOS ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA	1005
208	ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EXPUESTO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ, DORA ELCY NARANJO CHICA, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ, LIA ZELFA ALTEZ OBISPO Y ANGELICA CABALLERO GOMÈZ	1009
209	MANEJO DEL DEA PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, SHIRLEY ORELLANA LANDIN, MARIA LUISA GIL SERRANO Y ELIA MORENO QUIÑONES	1013
210	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN LA TERCERA EDAD Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SU PREVENCIÓN LORENA AMARILLA SANCHEZ, NOELIA FERNÁNDEZ VALLE, ISABEL GARCIA SIXTO, MARTA SÁNCHEZ RIVERA Y JENNIFER SUÁREZ VILLANUEVA	1017

211 COMUNICACIÓN, TÉCNICAS Y CUIDADOS GENERALES EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN	1023
212 EL PAPEL DEL TCAE PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS MARIA CRISTINA GOMEZ ALONSO	1027
213 LA NUTRICIÓN ENTERAL Y FORMAS DE ADMINISTRARLA ANA MARÍA JIMÉNEZ PATIÑO	1031
214 LA RESPIRACIÓN Y ANOMALÍAS RESPIRATORIAS ANA MARÍA JIMÉNEZ PATIÑO	1035
215 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE EL TRASTORNO POR DEFÍCIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DORA ELCY NARANJO CHICA, LIA ZELFA ALTEZ OBISPO, ANGELICA CABALLERO GOMÉZ, MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ	1039
216 CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES EN LA CADENA DE FRÍO, FUNCIONES DE ORDENACIÓN DE EFECTOS SANITARIOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN	1043
217 CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL ENFERMO DE ALZHEIMER SHIRLEY ORELLANA LANDIN, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN	1047

- 218 PROSOCIALIDAD Y EMPATÍA EN TEA EXPUESTO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
DORA ELCY NARANJO CHICA, ANGELICA CABALLERO GOMÈZ, LIA ZELFA ALTEZ OBISPO, MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ Y MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ 1051
- 219 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LA MADRE Y AL NEONATO**
MARIA LUISA GIL SERRANO, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN 1055
- 220 LA FIGURA DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA CLÍNICA DENTAL**
ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN 1059
- 221 PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN PARA PACIENTES CON COVID-19 PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, SHIRLEY ORELLANA LANDIN, BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, MARIA LUISA GIL SERRANO Y ELIA MORENO QUIÑONES 1063
- 222 PACIENTE CRÍTICO, CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN 1067
- 223 MEDIDAS DE PRECAUCIÓN EN PACIENTES CON VIRUELA DEL MONO PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, ELIA MORENO QUIÑONES, MARIA LUISA GIL SERRANO, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y BEATRIZ LAFUENTE HISPAN 1071

224	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL YAMINA MOHAMED HAMED, AURORA ELOÍSA MORENO LÓPEZ Y ÁNGELES RUIZ LÓPEZ	1075
225	LAS CAÍDAS: CAUSAS Y PREVENCIÓN ANA MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	1079
226	PROTOCOLO DE LIMPIEZA DE LA CAMPANA DE FLUJO LAMINAR PARA AUXILIAR DE ENFERMERÍA LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, SHIRLEY ORELLANA LANDIN, MARIA LUISA GIL SERRANO Y ELIA MORENO QUIÑONES	1085
227	ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE DUELO MARIA LUISA GIL SERRANO, ELIA MORENO QUIÑONES, BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS	1089
228	CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS GERIÁTRICOS BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, ELIA MORENO QUIÑONES, MARIA LUISA GIL SERRANO Y SHIRLEY ORELLANA LANDIN	1093
229	CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS AURORA ELOÍSA MORENO LÓPEZ, YAMINA MOHAMED HAMED Y ÁNGELES RUIZ LÓPEZ	1097
230	CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A UN PACIENTE HOSPITALIZADO CON UN DOLOR AGUDO CARMEN PILAR SUSMOZAS RODRIGUEZ BARBERO	1101
231	CUIDADOS GENERALES A PACIENTES CON ICTUS ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ, MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN, ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO, JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ Y PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ	1105

- 232EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN SALUD MENTAL**
AURORA ELOÍSA MORENO LÓPEZ, YAMINA MOHAMED HAMED Y
ÁNGELES RUIZ LÓPEZ **1109**
- 233EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL REENVASADO DE DOSIS UNITARIA**
SHIRLEY ORELLANA LANDIN, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA
ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO Y BEATRIZ
LAFUENTE HISPAN **1113**
- 234FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN MATERNIDAD EN EL TURNO DE
MAÑANA**
BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, ELIA
MORENO QUIÑONES, MARIA LUISA GIL SERRANO Y SHIRLEY
ORELLANA LANDIN **1117**
- 235TURNO DE MAÑANA DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA
CONSULTA DE GINECOLOGÍA**
BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, ELIA
MORENO QUIÑONES, MARIA LUISA GIL SERRANO Y SHIRLEY
ORELLANA LANDIN **1121**
- 236LA ADICCIÓN A LA NICOTINA RELACIONADA CON EL ENFERMO
MENTAL**
BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA
LUISA GIL SERRANO, ELIA MORENO QUIÑONES Y SHIRLEY
ORELLANA LANDIN **1125**
- 237PROTOCOLO DE ENTRADAS DE MATERIAL EN EL KARDEX
HORIZONTAL DE FARMACIA HOSPITALARIA**
SHIRLEY ORELLANA LANDIN, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA
ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO Y BEATRIZ
LAFUENTE HISPAN **1129**

- 238EL PAPEL DEL AUXILIAR EN LA LACTANCIA MATERNA**
LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, ELIA MORENO QUIÑONES, BEATRIZ
LAFUENTE HISPAN, SHIRLEY ORELLANA LANDIN Y MARIA LUISA
GIL SERRANO 1133
- 239CALIDAD DE VIDA EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL**
BEATRIZ LAFUENTE HISPAN, LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS, ELIA
MORENO QUIÑONES, MARIA LUISA GIL SERRANO Y SHIRLEY
ORELLANA LANDIN 1137
- 240EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA, TURNO DE MAÑANA**
SHIRLEY ORELLANA LANDIN, ELIA MORENO QUIÑONES, LIDIA
ALARCÓN CÁNOVAS, MARIA LUISA GIL SERRANO Y BEATRIZ
LAFUENTE HISPAN 1141
- 241FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE
UNA INTERVENCION QUIRURGICA**
ARIADNA DE LA FUENTE FERNÁNDEZ, ROSA MARÍA DÍAZ
FERNÁNDEZ, ALESSANDRA GARCÍA PALICIO, CRISTINA GARCÍA
CANO Y FRANCISCA BOTANA VÁZQUEZ 1145
- 242TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**
NURIA PELÁEZ FERNÁNDEZ 1149
- 243EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA
PERSONA CON DEMENCIA**
ALICIA SANTOS, ALBA HERVAS RUIZ, JOSEFRANCISCO PINA
VIZCAINO, MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA Y NURIA FERNÁNDEZ
PRIETO 1159
- 244EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA
PERSONA CON DEMENCIA SENIL**
ALICIA SANTOS, ALBA HERVAS RUIZ, JOSEFRANCISCO PINA
VIZCAINO, MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA Y NURIA FERNÁNDEZ
PRIETO 1163

- 245 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD EN LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL**
ALICIA SANTOS, ALBA HERVAS RUIZ, JOSE FRANCISCO PINA VIZCAINO, MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA Y NURIA FERNÁNDEZ PRIETO 1167
- 246 **LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARIA BUSTELO LOBO 1171
- 247 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA**
JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ AMORES 1175
- 248 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARTO Y TRAS EL MISMO**
JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ AMORES 1179
- 249 **EL AUXILIAR Y LAS TÉCNICAS PARA AFRONTAR CONFLICTOS Y RECLAMACIONES EN EL ENTORNO SANITARIO**
LORENA LÓPEZ ABRIL, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA, JUAN DIEGO MOYA CANO, ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO Y JUDIT LÓPEZ COLLADO 1183
- 250 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA EN EL ENTORNO SANITARIO**
LORENA LÓPEZ ABRIL, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA, JUAN DIEGO MOYA CANO, ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO Y JUDIT LÓPEZ COLLADO 1187

- 251 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LOS CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y DE ATENCIÓN PRIMARIA**
LORENA LÓPEZ ABRIL, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO
INIESTA, JUAN DIEGO MOYA CANO, ROSARIO MARÍA SARRIÓN
MONTAÑO Y JUDIT LÓPEZ COLLADO 1191
- 252 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**
ANA BELÉN DIAZ RUGARCÍA 1197
- 253 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LA ANAFILAXIS (CAUSAS Y ACTUACIÓN)**
YOLANDA CEREZO JIMENEZ 1201
- 254 LA FISIOTERAPIA DESPUES DE UNA OPERACIÓN CARDÍACA Y SU IMPORTANCIA**
MARIA GEMA GALINDO TERCERO, MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS,
ROSA GALLEGU ROMÁN, ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL Y
BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO 1205
- 255 FISIOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON PARKINSON**
MARIA GEMA GALINDO TERCERO, MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS,
ROSA GALLEGU ROMÁN, ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL Y
BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO 1209
- 256 FISIOTERAPIA Y LA EPICONDIALGIA LATERAL**
MARIA GEMA GALINDO TERCERO, MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS,
ROSA GALLEGU ROMÁN, ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL Y
BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO 1213
- 257 FISIOTERAPIA EN CONDROMALACIA ROTULIANA**
ELENA SÁEZ GARCÍA, JORGE ROLDÁN SEGURA, JAVIER
RODRÍGUEZ GARCÍA Y MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA 1217
- 258 ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE FISIOTERÁPICO DE LA ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA 1221

259	SÍNDROME SUBACROMIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO ELENA SÁEZ GARCÍA, JORGE ROLDÁN SEGURA, JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA Y MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA	1229
260	EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS DIABÉTICAS ANA GAMUNDI OTERO Y CELESTINO GARCIA CAPILLA	1233
261	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: FISIOTERAPIA EN FASCITIS PLANTAR ELENA SÁEZ GARCÍA, JORGE ROLDÁN SEGURA, MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA Y JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA	1237
262	CASO CLÍNICO. TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN CELESTINO GARCIA CAPILLA, ANA GAMUNDI OTERO Y ESTELA LAREDO SAL	1241
263	TRATAMIENTO FISIOTERÁPEUTICO MEDIANTE ELECTROTERAPIA EN LA AXONOTMESIS MAR GALINDO MARTINEZ	1245
264	FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO, GEMA GARCÍA ASCOZ, ÁLVARO MARTÍN CAMINO, JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO Y ELENA MUÑOZ MENENDEZ	1251
265	TENDINOPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA GEMA GARCÍA ASCOZ, JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO, ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO, ÁLVARO MARTÍN CAMINO Y ELENA MUÑOZ MENENDEZ	1257
266	TENDINOPATÍA DEL TENDÓN DE AQUILES EN DEPORTISTA. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO, ELENA MUÑOZ MENENDEZ, ÁLVARO MARTÍN CAMINO, GEMA GARCÍA ASCOZ Y ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO	1263
267	FISIOTERAPIA EN ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES. ANTONIO DÍAZ GUIRAO, BEATRIZ PEREZ MARTINEZ, ZOSER SAURA CARRETERO, JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE Y ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE	1269

268	HEPATITIS A: QUÉ SIGNIFICA, CÓMO SE MANIFIESTA Y CÓMO AFECTA ESTA ENFERMEDAD A LA SOCIEDAD A NIVEL MUNDIAL VIRGINIA AÑOVER ORTIZ	1273
269	RECOGIDA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO DE ESPECÍMENES EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA Y HEMATOLOGÍA SARA CARRERA QUIROGA, MARTA MARÍA RECIO GARCÍA, LIDIA ALAEZ ALVAREZ, MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ Y FÁTIMA ARTIME GARCÍA	1277
270	GASOMETRÍA ARTERIAL: PROCESAMIENTO EN EL LABORATORIO FÁTIMA ARTIME GARCÍA, MARTA MARÍA RECIO GARCÍA, MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ, LIDIA ALAEZ ALVAREZ Y SARA CARRERA QUIROGA	1281
271	EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA NOELIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ	1285
272	LIPOMA GRANDE EN BRAZO LAURA FERRERO PARGA	1289
273	CONTRASTES RADIOLÓGICOS EN MUJERES GESTANTES Y EN PERIODO DE LACTANCIA LAURA FERRERO PARGA	1293
274	CONOCIENDO LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) LAURA FERRERO PARGA	1297
275	RESONANCIA DE PRÓSTATA LAURA FERRERO PARGA	1301
276	IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGÍA EN LAS NEUMONIAS NOSOCOMIALES MARIA DOLORES BELLON COBO, ANA BELEN ORTEGA GARCIA, RAMIRO RUIZ GARCIA, MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	1305

277	ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN RESONANCIA MAGNÉTICA LAURA FERRERO PARGA	1309
278	PLANES DE EMERGENCIA EN INSTALACIONES RADIATIVAS. LAURA SALGADO MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	1313
279	SEÑALIZACIÓN DE ZONAS CON RIESGO DE RADIACIÓN IONIZANTE JOSÉ LUIS ARNALDO REGUERO	1317
280	EL PAPEL DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA PARA LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. EL GRAN APOYO EMOCIONAL QUE ELLOS NECESITAN NOELIA CAMPO DE LAMO, LAURA SALGADO MÉNDEZ, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	1321
281	LOS BLINDAJES DE UN BÚNKER DE RADIOTERAPIA. MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA CONTRA LOS DIFERENTES TIPOS DE RADIACIÓN GENERADA NOELIA CAMPO DE LAMO, LAURA SALGADO MÉNDEZ, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	1325
282	TRABAJO DEL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN FÍSICA MÉDICA. SUS FUNCIONES BÁSICAS DE CONTORNEO Y DOSIMETRÍA NOELIA CAMPO DE LAMO, LAURA SALGADO MÉNDEZ, KATRINA ESPINAR HERRANZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	1329
283	TÉCNICO DE LABORATORIO: EL DESARROLLO DEL ANÁLISIS LEUCOCITARIO MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ, GEMA MARIA PRADO MORA, GRACIA MELLADO MOLINA, ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ Y MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ	1333

284	EL TÉCNICO DE LABORATORIO ANTE EL ANÁLISIS DE PLAQUETAS	
	MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ, GEMA MARIA PRADO MORA, GRACIA MELLADO MOLINA, ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ Y MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ	1339
285	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA SEGURIDAD MICROBIOLOGÍA CLÍNICA	
	MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ, GEMA MARIA PRADO MORA, GRACIA MELLADO MOLINA, ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ Y MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ	1343
286	DOS PROYECCIONES PRINCIPALES EN MAMOGRAFÍA	
	AROHA RUIZ CASTILLO	1347
287	FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS A NIVEL HOSPITALARIO	
	MARÍA DEL ROCÍO HEVIA FERNANDEZ	1351
288	REPARTO DE MUESTRAS ENTRE LABORATORIOS	
	LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN	1355
289	COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA CON RADIOTERAPIA: LA IMPORTANCIA DEL LINFEDEMA COMO SECUELA	
	SILVIA MARTIN HERRERO, LAURA SALGADO MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ Y MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ	1359
290	EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO Y LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	
	MARTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	1363
291	CONOCIMIENTOS PARA EL HIGIENISTA BUCODENTAL SOBRE SUS LABORES EN LA IMPLANTOLOGÍA	
	PATRICIA REDRUELLO SUÁREZ	1367
292	EL SÍNDROME DE BURNOUT FRENTE AL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO	
	CRISTIAN GALÁN VALLEJO	1371

293	LESIONES MAMARIAS Y PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS JOSÉ LUIS ARNALDO REGUERO	1375
294	DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS MÓNICA MERAYO TUYA, NIEVES CASAIS ALLENDE Y VERÓNICA GONZÁLEZ ANTÓN	1379
295	ACOSO PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL LAURA ALONSO LÓPEZ, ANDREA SUÁREZ DOS SANTOS, JESUS SOBRINO COIRA Y LAURA LLERA DIAZ	1383
296	FISIOPATOLOGÍA NEUROLÓGICA M ESMERALDA VERGARA MAÑAS	1391
297	FUNCIONES, ÁREAS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL LABORATORIO M ESMERALDA VERGARA MAÑAS	1395
298	ESTUDIOS DE SENSIBILIDAD A ANTIMICROBIANOS M ESMERALDA VERGARA MAÑAS	1399
299	PRUEBAS DE IMAGEN, ELEMENTO ESENCIAL MARINA RODRÍGUEZ URÍA	1403
300	IMPORTANCIA DEL DOSÍMETRO PARA LOS TÉCNICOS DE RADIODIAGNÓSTICO MARIA DOLORES BELLON COBO, ANA BELEN ORTEGA GARCIA, MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME	1407
301	CONOCIMIENTOS SOBRE RADIOLOGÍA PARA EL HIGIENISTA DENTAL PATRICIA REDRUELLO SUÁREZ	1411
302	LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. PROTOCOLO DEL LAVADO DE MANOS EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA SILVIA MARTIN HERRERO, MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ Y LAURA SALGADO MÉNDEZ	1415

- 303EL TECNICO DE RAYOS (TSID) Y LOS EQUIPOS DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL**
LAURA GONZÁLEZ ARBOLEYA, ANDREA GONZÁLEZ DE LA RIVA,
ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO Y MIGUEL VARELA SANCHEZ 1421
- 304PROTOCOLO EN SALAS DE RADIOTERAPIA EN CASO DE PACIENTES SOSPECHOSOS O POSITIVOS EN COVID-19**
MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO
MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ
Y SILVIA MARTIN HERRERO 1425
- 305TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN TUMORES CEREBRALES Y SU SEGUIMIENTO CON LA ESPECTROSCOPIA DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRS)**
MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO
MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ
Y SILVIA MARTIN HERRERO 1431
- 306ERGONOMÍA EN EL AMBITO RADIOLÓGICO**
MARIA DOLORES BELLON COBO, ANA BELEN ORTEGA GARCIA,
RAMIRO RUIZ GARCIA, MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA
Y MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME 1437
- 307RADIOTERAPIA EN LA LUCHA CONTRA EL CANCER DE PROSTATA**
MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO
MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ
Y SILVIA MARTIN HERRERO 1441
- 308RADIOTERAPIA EXTERNA, EQUIPOS DE ULTIMA GENERACION**
MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO
MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ
Y SILVIA MARTIN HERRERO 1445
- 309EFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA**
MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO
MÉNDEZ, NOELIA CAMPO DE LAMO, KATRINA ESPINAR HERRANZ
Y SILVIA MARTIN HERRERO 1451

310 HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER	
KATRINA ESPINAR HERRANZ, MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO MÉNDEZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y NOELIA CAMPO DE LAMO	1455
311 PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER	
KATRINA ESPINAR HERRANZ, MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO MÉNDEZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y NOELIA CAMPO DE LAMO	1459
312 FACTORES PRONÓSTICOS Y DE SEGUIMIENTO EN ONCOLOGÍA	
KATRINA ESPINAR HERRANZ, MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO MÉNDEZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y NOELIA CAMPO DE LAMO	1463
313 DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO DE EXTENSIÓN EN ONCOLOGÍA	
KATRINA ESPINAR HERRANZ, MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ, LAURA SALGADO MÉNDEZ, SILVIA MARTIN HERRERO Y NOELIA CAMPO DE LAMO	1467
314 CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	
RAÚL ANTOLÍN ORTEA	1473
315 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR SANITARIO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL Y SUS FUNCIONES	
GEMA SÁNCHEZ ROSAS	1477
316 MEDIDAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	
RAÚL ANTOLÍN ORTEA	1481
317 URGENCIAS DE LOS HOSPITALES Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTAS	
MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA, ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, OLGA AGUDO ZAMORANO Y RAQUEL GARCÍA BAUTISTA	1487

318	EL TUNEL CARPIANO EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA, ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, OLGA AGUDO ZAMORANO Y RAQUEL GARCÍA BAUTISTA	1491
319	LA COMUNICACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR EN URGENCIAS MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA, ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ, BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA, OLGA AGUDO ZAMORANO Y RAQUEL GARCÍA BAUTISTA	1495
320	EL CELADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS RAQUEL HUECAS LOPEZ, MÁXIMO MARTÍN GARCÍA Y DIONISIO GALVEZ TORRES	1499
321	EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DESDE EL PRISMA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO VANESA CANO RODRÍGUEZ	1507
322	SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO, APORTACIÓN DEL PROCESO TEXTIL EN LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO ANA DEL VALLE TOYOS	1511
323	EL RADIODIAGNÓSTICO EN LOS PACIENTES, EL CELADOR Y SUS FUNCIONES BERNARDO GARCÍA GÓMEZ, ROBERTO VILLORA GÓMEZ, CARMELO ESCUDERO DELGADO, MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ Y DAVID MADRIGAL RICHART	1515
324	LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE BERNARDO GARCÍA GÓMEZ, ROBERTO VILLORA GÓMEZ, CARMELO ESCUDERO DELGADO, MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ Y DAVID MADRIGAL RICHART	1519

- 325 LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y EL PUESTO QUE OCUPA EL CELADOR**
BERNARDO GARCÍA GÓMEZ, ROBERTO VILLORA GÓMEZ,
CARMELO ESCUDERO DELGADO, MARIA DEL CARMEN VILLORA
LOPEZ Y DAVID MADRIGAL RICHART 1523
- 326 ACCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA**
DELFIN MACHUCA NEBRED A 1527
- 327 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL AMBITO HOSPITALARIO**
MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ, FRANCISCA LÓPEZ LARA,
ROSARIO TOLEDO CAMPOS, MACARENA GIL FERNANDEZ Y
MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA 1531
- 328 LA DOCUMENTACIÓN DE LA JUBILACIONES SANITARIAS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ, FRANCISCA LÓPEZ LARA,
ROSARIO TOLEDO CAMPOS, MACARENA GIL FERNANDEZ Y
MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA 1535
- 329 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ, FRANCISCA LÓPEZ LARA,
ROSARIO TOLEDO CAMPOS, MACARENA GIL FERNANDEZ Y
MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA 1539
- 330 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
DAVID CESPEDES MARTÍN, YOLANDA BRUCES SANCHEZ, VÍCTOR
GUILLERMO SIMARRO GARCÍA, ANA BELÉN TRIGUERO
FERNÁNDEZ Y NOELIA IGLESIAS SILVA 1543
- 331 FUNCIONES DEL CELADOR EN MATERNIDAD**
DAVID CESPEDES MARTÍN, YOLANDA BRUCES SANCHEZ, VÍCTOR
GUILLERMO SIMARRO GARCÍA, ANA BELÉN TRIGUERO
FERNÁNDEZ Y NOELIA IGLESIAS SILVA 1547

- 332** **ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL PARA LOS CELADORES**
DAVID CESPEDES MARTÍN, YOLANDA BRUCES SANCHEZ, VÍCTOR
GUILLERMO SIMARRO GARCÍA, ANA BELÉN TRIGUERO
FERNÁNDEZ Y NOELIA IGLESIAS SILVA 1551
- 333** **ACTUACIONES DEL CELADOR EN CENTROS SANITARIOS**
ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA, JAVIER MELLADO
MONTEJANO Y MANUELA CALERO PARRA 1555
- 334** **LA PRÁCTICA POR EL CELADOR EN EL ENDEREZAMIENTO DEL
PACIENTE**
MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN, MARIA GENOVEVA
GALLEGO TREJOS, VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN, ROSA MARIA
PLAZA GOMEZ Y ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES 1559
- 335** **EL CELADOR. APLICACIÓN DE EJES Y PLANOS A LAS POSICIONES
ANATÓMICAS**
MARIA GENOVEVA GALLEGO TREJOS, MARIA DE LA CRUZ MEJIAS
CHACÓN, VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN, ROSA MARIA PLAZA
GOMEZ Y ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES 1563
- 336** **EL AISLAMIENTO UNIVERSAL DEL CELADOR**
JAVIER MELLADO MONTEJANO, ADORACION ISABEL MONTEJANO
ALMANSA Y ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE 1569
- 337** **EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES O ÁREA DE
REHABILITACIÓN**
SAGRARIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1575
- 338** **CELADOR EN LA APARICIÓN DE PROBLEMAS DE PIEL DEBIDO
AL USO DE MATERIALES CLÍNICOS DE LÁTEX**
ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES, MARIA DE LA CRUZ MEJIAS
CHACÓN, MARIA GENOVEVA GALLEGO TREJOS, VERÓNICA
MEJÍAS CHACÓN Y ROSA MARIA PLAZA GOMEZ 1581
- 339** **¿QUÉ FUNCIONES Y QUE IMPORTANCIA TIENE EL CELADOR EN
QUIRÓFANO HOSPITALARIO?**
ABEL SALAZAR CANTON, RAFAELA CANTON SALAZAR, MARIA
DEL CARMEN SALAZAR CARRETON, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA
Y YOLANDA CANTON SALAZAR 1585

340	EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS CAÍDAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ABEL SALAZAR CANTON, MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON, RAFAELA CANTON SALAZAR, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA Y YOLANDA CANTON SALAZAR	1591
341	LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTA ABEL SALAZAR CANTON, MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON, RAFAELA CANTON SALAZAR, YOLANDA CANTON SALAZAR Y JOSE LUIS PEREZ HERENCIA	1595
342	LA LABOR DEL CELADOR EN LA VIGILANCIA DE UN HOSPITAL MARÍA DOLORES SALMÓN CAGIGAS	1599
343	PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO SONIA ABAD CORTES	1603
344	ZONA SUCIA: ALMACENAMIENTO, CLASIFICACIÓN, PESADO Y CARGA DE LAVADORAS. LA BARRERA SANITARIA EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ, JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS Y MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ	1607
345	CARACTERÍSTICAS DE LOS PRODUCTOS DE LAVADO Y NEUTRALIZANTES. CALIDADES DE LAS LEJÍAS: VENTAJAS E INCONVENIENTES JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ Y MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ	1611
346	FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE UN HOSPITAL SARA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN LOPEZ SUAREZ, MARIAM CORREA FERNANDEZ, LAURA FERNÁNDEZ MARQUÉS Y MARIA BELEN FIDALGO MUÑIZ	1615
347	EL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES TERMINALES MANUELA CALERO PARRA, ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA Y RAMONA CAMPOS CAMPOS	1619

348	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA FARMACIA Y EN EL ALMACÉN RAMONA CAMPOS CAMPOS, MANUELA CALERO PARRA Y ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE	1623
349	LA ROPA HOSPITALARIA. TIPOS Y CARACTERÍSTICAS MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ, JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS Y JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ	1627
350	LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO SANDRA LÓPEZ ANTUÑA	1631
351	LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO CARMEN MARÍA BLANCO ÁLVAREZ, LUZ MARIA CANO VALLEJO Y MARÍA ISABEL BLANCO ÁLVAREZ	1635
352	CAÍDAS AL MISMO NIVEL: INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL PERSONAL NO SANITARIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO CARMEN MARÍA BLANCO ÁLVAREZ, LUZ MARIA CANO VALLEJO Y MARÍA ISABEL BLANCO ÁLVAREZ	1639
353	EL PINCHE DE COCINA Y LOS RESIDUOS DE LA COCINA DE LOS HOSPITALES JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, SALVADOR PALAZON VALCARCEL, MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ Y FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ	1643
354	EL PINCHE DE COCINA Y SUS DIFERENTES FUNCIONES CON DIFERENTES UTENSILIOS Y MÁQUINAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, SALVADOR PALAZON VALCARCEL, MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ Y FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ	1649
355	LA TAREA DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I) MARÍA DOLORES SALMÓN CAGIGAS	1655

356	EL PINCHE DE COCINA Y EL MANEJO DE LAS MATERIAS PRIMAS DE LOS ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO, MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL, SALVADOR PALAZON VALCARCEL, MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ Y FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ	1659
357	LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON UN PACIENTE TERMINAL. MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE, JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO, MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO, LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO Y JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL	1663
358	EL ÁREA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). LOS CELADORES Y SUS FUNCIONES MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE, JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO, MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO, LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO Y JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL	1667
359	EL ALMACÉN GENERAL Y LOS CELADORES QUE LO COMPONEN MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE, JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO, MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO, LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO Y JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL	1671
360	FUNCIONES GENERALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD GLORIA MARTINEZ HUECAS	1677
361	LA IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD DEL AIRE EN CENTROS HOSPITALARIOS JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO	1681
362	PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES SUSCEPTIBLES DE PROPAGACIÓN DE LEGIONELLA EN CENTROS HOSPITALARIOS JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO	1687
363	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO YOLANDA QUINTIN ALVAREZ	1691

- 364 LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: PROCEDIMIENTO SOBRE LA EMISIÓN DE LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL A UCRANIANOS**
MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ, JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN, AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ Y MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN 1695
- 365 MEDIOS MECÁNICOS PARA TRASLADO DE PACIENTES POR EL CELADOR**
MARTA ISABEL CADAVIECO MENENDEZ 1699
- 366 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS**
MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ, JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN Y MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN 1703
- 367 ¿CÓMO TRABAJAN, SE COMUNICAN Y SE COORDINAN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL CELADOR EN URGENCIAS?**
JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, ANA MARÍA PARRA LIZANO, NIEVES POLA FERNANDEZ Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ 1707
- 368 ¿QUÉ FUNCIONES REALIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS?**
JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, NIEVES POLA FERNANDEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ Y ANA MARÍA PARRA LIZANO 1711
- 369 INCIDENCIA DEL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD**
JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS, JOSE LUIS PEREZ HERENCIA, NIEVES POLA FERNANDEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ Y ANA MARÍA PARRA LIZANO 1715

370	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ, JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ, MARGARITA PATERNA RAMÓN, AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ Y MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN	1719
371	TRABAJO Y RESPONSABILIDADES DE LOS CELADORES EN LA PLANTA HOSPITALARIA ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE, JAVIER MELLADO MONTEJANO Y RAMONA CAMPOS CAMPOS	1723
372	AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA OBTENCIÓN DE UN PUESTO DE TRABAJO RESPECTO A LA IGUALDAD DE GÉNERO MARGARITA MARTINEZ GARRIDO	1727
373	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA SAMIRA BENAISA HASSAN, SOUAD EL HAMMOUTI RAISS Y NAUAL MIMUN AOMAR	1731
374	TIEMPOS DE PANDEMIA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL HOSPITAL NAUAL MIMUN AOMAR Y JOSE ROMERO MOHAMED	1735
375	RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL AUXILIAR DE ADMINISTRATIVO NAUAL MIMUN AOMAR Y JOSE ROMERO MOHAMED	1739
376	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TRATAMIENTO DE DATOS JOSE ROMERO MOHAMED Y NAUAL MIMUN AOMAR	1745
377	EL PINCHE DE COCINA, MAQUINARIA Y UTILLAJE EN LA COCINA MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL, VANESA GARRIDO HERRERA, MARÍA NIEVES VALLE, MARTA GARRIDO HERRERA Y JORGE ROMERO MATEO	1749

- 378 EL CELADOR ANTE LOS PACIENTES AGITADOS Y EL USO DE LAS
CONTENCIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA, MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO
RAMÍREZ, JOSEFA SEGOVIA HARO, DESIDERIO GÓMEZ VELASCO Y
MONICA MERO CAMACHO 1753
- 379 EL CELADOR Y LA MOVILIDAD DE PACIENTES ENCAMADOS EN
PLANTA**
LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA, MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO
RAMÍREZ, JOSEFA SEGOVIA HARO, DESIDERIO GÓMEZ VELASCO Y
MONICA MERO CAMACHO 1757
- 380 PACIENTES PALIATIVOS Y LOS CUIDADOS DEL CELADOR**
LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA, MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO
RAMÍREZ, JOSEFA SEGOVIA HARO, DESIDERIO GÓMEZ VELASCO Y
MONICA MERO CAMACHO 1763
- 381 EL CELADOR EN LABORATORIO**
GELDA VILLAMOR AGUADO, LAURA CASERO HERNÁNDEZ, JAIME
ORTIZ MARTIN, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ Y GONZALO
RUBIO ARAQUE 1769
- 382 EL PINCHE DE COCINA Y LA CONTAMINACIÓN CRUZADA**
ANTONIO IGUAL FERNANDEZ, FRANCISCA FERNANDEZ
SANTIAGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, ALICIA MORENO
PÉREZ Y BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ 1773
- 383 FUNCIONES BASICAS DEL PINCHE DE COCINA EN UNA COCINA
HOSPITALARIA**
ANTONIO IGUAL FERNANDEZ, FRANCISCA FERNANDEZ
SANTIAGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, ALICIA MORENO
PÉREZ Y BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ 1777
- 384 EL PINCHE DE COCINA Y LOS PUNTOS DE CONTROL CRITICOS**
ANTONIO IGUAL FERNANDEZ, FRANCISCA FERNANDEZ
SANTIAGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, ALICIA MORENO
PÉREZ Y BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ 1781
- 385 NOCIONES SOBRE GASES MEDICINALES**
VICTOR RODRIGUEZ HEVIA 1785

- 386EL PINCHE DE COCINA, INTERPRETACIÓN DE PROPIEDADES
NUTRICIONALES BÁSICAS**
MARTA GARRIDO HERRERA, JORGE ROMERO MATEO, MARÍA DEL
PRADO DIAZ CORRAL, MARÍA NIEVES VALLE Y VANESA GARRIDO
HERRERA 1791
- 387PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA : LA HIGIENE ALIMENTARIA**
ANTONIA ALFARO CUERDA, ANTONIA HONRUBIA GARCÍA,
CARIDAD GOMEZ HONRUBIA, ISABEL HONRUBIA GARCIA Y
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ 1795
- 388PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA: CONDICIONES PARA EL
DESARROLLO DE LOS MICROBIOS EN LOS ALIMENTOS**
ANTONIA ALFARO CUERDA, ANTONIA HONRUBIA GARCÍA,
CARIDAD GOMEZ HONRUBIA, ISABEL HONRUBIA GARCIA Y
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ 1799
- 389PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DE
UNA CORRECTA MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS**
ANTONIA ALFARO CUERDA, CARIDAD GOMEZ HONRUBIA,
ISABEL HONRUBIA GARCIA, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ
Y ANTONIA HONRUBIA GARCÍA 1803
- 390EL CELADOR Y EL USO DE LA OXIGENOTERAPIA EN LOS
PACIENTES**
CÉSAR GARCÍA PASCUAL 1807
- 391EL PAPEL Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN FARMACIA
HOSPITALARIA**
CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA, MARÍA
VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO, FRANCISCO JAVIER
NIEVA ARIAS, BEATRIZ PATON ARMERO Y PEDRO GABALDÓN
SANCHEZ 1813

- 392 LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LAS CAÍDAS PRODUCIDAS EN HOSPITALES**
CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA, MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO, FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, BEATRIZ PATON ARMERO Y PEDRO GABALDÓN SANCHEZ 1817
- 393 PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO HOSPITALARIO**
CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA, MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO, FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS, BEATRIZ PATON ARMERO Y PEDRO GABALDÓN SANCHEZ 1821
- 394 EL CELADOR. PROCEDIMIENTO Y PASOS A SEGUIR ANTE EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE**
MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR, VANESA RUBIO AYALA, M.JOSE GARRIDO BARRERA, EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO Y IVÁN ARAQUE CASTELLANOS 1827
- 395 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE UN ALTA DE UNA PLANTA O UNIDAD HOSPITALARIA**
JAIME ORTIZ MARTIN, LAURA CASERO HERNÁNDEZ, GELDA VILLAMOR AGUADO, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ Y GONZALO RUBIO ARAQUE 1831
- 396 EL PINCHE DE COCINA, Y LA DIETA VEGANA**
JORGE ROMERO MATEO, VANESA GARRIDO HERRERA, MARÍA NIEVES VALLE, MARTA GARRIDO HERRERA Y MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL 1835
- 397 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR**
ALFONSO GARCIA MARINA, MANUEL GARCIA FERNANDEZ, MARTA TEJEDA CHUMILLAS, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA Y MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ 1839

- 398EL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO**
ALFONSO GARCIA MARINA, MANUEL GARCIA FERNANDEZ,
MARTA TEJEDA CHUMILLAS, MARÍA INMACULADA VILLORA
MOYA Y MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ 1843
- 399EL CELADOR Y LOS TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS**
ALFONSO GARCIA MARINA, MANUEL GARCIA FERNANDEZ,
MARTA TEJEDA CHUMILLAS, MARÍA INMACULADA VILLORA
MOYA Y MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ 1847
- 400TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN
DE PACIENTES Y GESTIÓN DE CITAS EN EL SERVICIO DE
RADIODIAGNÓSTICO**
MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y
SARA BALLESTEROS PINEDO 1851
- 401LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN VERBAL EN LA
ATENCIÓN TELEFÓNICA PRESTADA POR LOS AUXILIARES
ADMINISTRATIVOS EN CENTROS SANITARIOS**
MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR, MARÍA INÉS MESAS VALERA Y
SARA BALLESTEROS PINEDO 1857
- 402EL CELADOR EN EL DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS CORRECTAS
DE TRANSFERENCIA Y MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES**
NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS, EVA MENCÍA MORENO Y CRISTINA
FLORINA GRAMA 1863
- 403LAS FUNCIONES QUE TIENE EL CELADOR EN EL SERVICIO
ESPECIAL DE QUIRÓFANO**
NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS, EVA MENCÍA MORENO Y CRISTINA
FLORINA GRAMA 1867
- 404EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE
ADMISIÓN DE BOLSA DE TRABAJO EN ATENCIÓN
ESPECIALIZADA**
MARÍA INÉS MESAS VALERA, SARA BALLESTEROS PINEDO Y
MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR 1871

- 405EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO Y EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**
M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, SUSANA DÍAZ GARCÍA, LAURA DÍAZ GARCÍA, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ Y LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ 1875
- 406EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LAS HISTORIAS CLINICAS.**
M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, SUSANA DÍAZ GARCÍA, LAURA DÍAZ GARCÍA, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ Y LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ 1881
- 407EL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL ÁMBITO SANITARIO**
M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, SUSANA DÍAZ GARCÍA, LAURA DÍAZ GARCÍA, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ Y LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ 1887
- 408LA IMPORTANTE LABOR DEL PERSONAL DE LA COCINA HOSPITALARIA. LA CONTAMINACIÓN CRUZADA EN LOS ALIMENTOS QUE SE PREPARAN EN LA COCINA. LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS**
JOAQUÍN HORRILLO PIÑEIRO, RICARDO GARCÍA ALVAREZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ FORCELLEDO, CARMEN GARCÍA ALVAREZ Y MARIA NIEVES MARTINEZ RIVAS 1893
- 409CAUSAS DE AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS. PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS**
MARIA NIEVES MARTINEZ RIVAS, JOAQUÍN HORRILLO PIÑEIRO, RICARDO GARCÍA ALVAREZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ FORCELLEDO Y CARMEN GARCÍA ALVAREZ 1897
- 410EL CELADOR Y LA CADENA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN EL ENTORNO SANITARIO**
JUAN ANTONIO LORENZO VEGA 1901

- 411 EL CELADOR EN SUJECCIÓN Y MOBILIZACIÓN A PACIENTES QUE PRECISAN CURAS**
LAURA CASERO HERNÁNDEZ, JAIME ORTIZ MARTIN, GELDA VILLAMOR AGUADO, ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ Y GONZALO RUBIO ARAQUE 1905
- 412 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y LOS MODELOS DE HISTORIA CLÍNICA**
DOLORES REYES REYES 1909
- 413 LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, SU PREVENCIÓN E IMPORTANCIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO, DEDICADO AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO**
CARMEN MARIA UFANO MAYOR 1915
- 414 LA CAMA HOSPITALARIA: TIPOS**
MARÍA TERESA GARCIA MENENDEZ 1919
- 415 BUENA HIGIENE EN LA COCINA EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES**
MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ, DAVID DIAZ MARIANO, ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ Y MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS 1923
- 416 CÓMO HACER UN BUEN PLAN DE CALIDAD**
MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ, DAVID DIAZ MARIANO, ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ Y MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS 1927
- 417 LAS COCINAS HOSPITALARIAS: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA PRE ELABORACIÓN DE LOS ALIMENTOS**
MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ, DAVID DIAZ MARIANO, ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ Y MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS 1931
- 418 TRATAMIENTO FARMACÉUTICO PARA EL COLESTEROL**
AMELIA AGUARON LANGARITA 1935

419	EL ASEO DEL PACIENTE: NECESIDADES HIGIÉNICAS DEL PACIENTE DIEGO PILLADO CASTRO	1939
420	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. RIESGOS LABORALES DEL CELADOR DIEGO PILLADO CASTRO	1943
421	ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ANA PÉREZ SÁNCHEZ	1947
422	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO MARÍA TERESA GARCIA MENENDEZ	1951
423	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN QUIRÓFANO ROSALÍA MATA GONZÁLEZ	1955
424	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO DE UN HOSPITAL M DOLORES GARCÍA LÓPEZ	1959
425	RIESGOS Y MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DENTRO DEL PERSONAL DE LAVANDERÍA MONICA MARTINEZ COSIO	1967
426	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DIEGO PILLADO CASTRO	1971
427	FUNCIONES Y COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA SARA GONZÁLEZ LÓPEZ	1977
428	EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN MARIA YOLANDA MARTINEZ ORVIZ	1981

429	PREVENCIÓN FRENTE AL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO MARÍA BEGOÑA DIEZ MARTIN Y BEATRIZ GARRIDO VILLAR	1985
430	LA DEPRESIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO MARÍA BEGOÑA DIEZ MARTIN Y BEATRIZ GARRIDO VILLAR	1989
431	EL INSOMNIO EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO SONIA ANGELICA MIRANDA GARCIA	1993
432	EVITAR EL ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO SONIA ANGELICA MIRANDA GARCIA	1997
433	COMUNICACION Y ASERTIVIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CON COMPAÑEROS SORDOMUDOS SONIA ANGELICA MIRANDA GARCIA	2001
434	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN EN LAS AULAS DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA ADOLESCENTES SHEILA FERNÁNDEZ NAVARRO, SOFÍA BELLÓ PÉREZ, LAURA HUERTA MELÚS Y LAURA PRIETO ARENAS	2005
435	DETERIORO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS A RAÍZ DE LA PANDEMIA DE COVID-19 LOURDES CUERVO BLANCO Y GEMMA GARCÍA CERNUDA	2011
436	LA EMPATÍA EN EL ÁMBITO DEL CENTRO SANITARIO LOURDES CUERVO BLANCO Y GEMMA GARCÍA CERNUDA	2015
437	EL SÍNDROME POSTVACACIONAL EN CENTROS HOSPITALARIOS LOURDES CUERVO BLANCO Y GEMMA GARCÍA CERNUDA	2019
438	LÍNEA FRÍA EN LA COCINA HOSPITALARIA FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO	2023

439	PLAN DE EVACUACIÓN POR INCENDIO Y EL ELECTRICISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO JOSE IVAN VALDES NUÑEZ	2027
440	ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA HOSPITALARIA ROSALÍA MATA GONZÁLEZ	2031
441	EL CELADOR DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 LUIS SANTOS ROBLES, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN, ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA Y CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA	2035
442	EL CELADOR EN LA AMBULANCIA LUIS SANTOS ROBLES, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN, ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA Y CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA	2039
443	EL CELADOR EN QUIRÓFANO LUIS SANTOS ROBLES, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO, MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN, ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA Y CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA	2043
444	EL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE NOEMI BORIS DÍAZ, LAURA DE ANA CALVO, MARIA DEL ROSARIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, SARA LÓPEZ RODRÍGUEZ Y MARIA ARIS FERNANDEZ FERNANDEZ	2049
445	ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL. MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO	2053
446	FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) VANESA MALDONADO PEREZ	2057

- 447COLABORACIÓN DE LOS CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN DE
PACIENTES ENCAMADOS.
MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO 2061
- 448ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA DE QUIROFANO
IVÁN ARAQUE CASTELLANOS 2065
- 449LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE CELADOR
EN MORTUORIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO, PEDRO MARTÍN-ALBO
VILCHES, OSCAR BERMEJO GUIJARRO, SILVIA RATON ÁLVAREZ Y
RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ 2069
- 450EL CELADOR EN MATERNIDAD. REVISION BIBLIOGRÁFICA.
PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES, MONTSERRAT MURO
MONTEAGUDO Y OSCAR BERMEJO GUIJARRO 2073
- 451LA IMPORTANCIA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
SARA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARIA DEL ROSARIO SÁNCHEZ
FERNÁNDEZ, MARIA ARIS FERNANDEZ FERNANDEZ, NOEMI
BORIS DÍAZ Y LAURA DE ANA CALVO 2077
- 452LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
INFORMACION AL PACIENTE. REISION BIBLIOGRÁFICA
OSCAR BERMEJO GUIJARRO Y PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES 2083

Capítulo 1

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO DURANTE EL EMBARAZO

RAQUEL EIRAS LEAL

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

ALBA PENELA CARRASCO

1 Introducción

El hipotiroidismo subclínico se define como la presencia de unos niveles séricos de TSH elevada, con una concentración de T4 libre normal.

Debido a los cambios propios que suceden durante el embarazo, los niveles normales de TSH varían respecto a la población general. Esto dificulta una adecuada interpretación de las determinaciones de laboratorio, surgiendo en los últimos años por las diferentes sociedades científicas propuestas de distintos puntos de corte, creando mayor confusión aún.

La prevalencia del hipotiroidismo subclínico en embarazo varía ampliamente en función del estatus del yodo de la población y la definición de los rangos de referencia de TSH. Según las diferentes series la prevalencia del hipotiroidismo subclínico en el embarazo varía entre el 5-15%. Se conoce que el embarazo es una situación de alteración de la función del tiroides, debido a que supone una sobrecarga, aproximadamente un aumento de producción de un 50% de hormonas tiroideas, para asegurar un adecuado aporte al feto.

En España se estima una prevalencia de hipotiroidismo subclínico en mujeres en edad fértil en torno a un 5-7 % (1).

Durante los últimos años se han publicado múltiples estudios sobre la asociación entre el hipotiroidismo subclínico y las complicaciones materno-fetales. Aunque no todos los estudios son concluyentes, estos estudios han demostrado un aumento de las complicaciones en el embarazo en pacientes con elevación de TSH, especialmente con autoinmunidad positiva. Sin embargo, sigue habiendo controversia sobre el efecto del tratamiento con levotiroxina en estas complicaciones y sobre la mejoría cognitiva en los niños.

Esta controversia, ha suscitado la elaboración de diferentes guías por distintas sociedades científicas relevantes, sobre el manejo de la disfunción tiroidea en el embarazo. Estas guías han contribuido a generar mayor confusión debido a las distintas recomendaciones y distintos puntos de corte de valores de normalidad, ante la misma situación clínica.

Este capítulo surge ante la necesidad de resolver las dificultades actuales para el adecuado manejo de una situación clínica habitual como es el hipotiroidismo subclínico durante el embarazo.

2 Objetivos

- Establecer los valores de referencia en embarazo para el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico y el cribado.
- Exponer el manejo adecuado del hipotiroidismo subclínico durante el embarazo: indicación de tratamiento, dosis farmacológica recomendada y monitorización de tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica existente sobre hipotiroidismo subclínico y embarazo. Para ello se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, como Pubmed, Scielo y Google académico. También se han consultado las guías clínicas más actuales sobre el tema, publicadas por Sociedades científicas relevantes.

4 Resultados

El diagnóstico del hipotiroidismo subclínico se realizará mediante la determinación de TSH.

El incremento de la beta-HCG en el primer trimestre del embarazo, sobre todo a partir de la semana 7, causa una disminución de los niveles de TSH que afecta al establecimiento de sus valores de referencia.

Según la guía ATA (American Thyroid Association) de 2017 (2), para establecer los valores de referencia de TSH:

- “Siempre que sea posible, deben definirse rangos de referencia de TSH en suero basados en población de referencia y específicos para cada trimestre”.
- En caso de no disponer de rangos de referencia propios, pone como límite superior una TSH de 4 mU/L, Un punto de corte más conservador que el recomendado en guías anteriores por esta misma sociedad para evitar el sobrediagnóstico. Además, este límite de normalidad es recomendado por otras sociedades científicas relevantes y avalado por varios estudios epidemiológicos en poblaciones gestantes.
- Para que este punto de corte sea fiable ha de realizarse entre las semanas 7-12 de gestación. Si lo hacemos antes o después de estas semanas, podríamos hacer un diagnóstico erróneo o llegar tarde al diagnóstico.

Existe debate sobre la recomendación de hacer un cribado universal de función tiroidea a todas las gestantes o de manera selectiva, solo a pacientes de riesgo.

La ATA (2) y otras sociedades científicas relevantes, Recomendando un cribado selectivo de pacientes consideradas de riesgo.

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (3), son pacientes de riesgo:

- Historia de hipotiroidismo/hipertiroidismo o presencia de signos/síntomas de disfunción tiroidea.
- Positividad conocida de los anticuerpos antitiroideos o presencia de bocio.
- Antecedentes de radiación de cabeza o cuello o cirugía tiroidea previa.
- Edad mayor o igual de 30 años.
- Diabetes tipo 1 u otras enfermedades autoinmunes.
- Historia de muerte fetal parto pretérmino o infertilidad.
- Antecedente de embarazo múltiple.
- Historia familiar de enfermedad tiroidea autoinmune o disfunción tiroidea.
- Obesidad mórbida.
- Uso de amiodarona o litio, u administración reciente de contraste radiológico yodado.

- Residir en un área conocida de deficiencia moderada o severa de yodo.

A diferencia de estas sociedades, la Sociedad española de Endocrinología y nutrición (SEEN) y la Sociedad española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en el Documento de consenso sobre el manejo de la disfunción tiroidea durante el embarazo (4) recomiendan el cribado universal de patología tiroidea en el primer trimestre. Consideran al cribado universal una estrategia coste efectiva con alto rendimiento diagnóstico.

La mayor controversia y confusión respecto al manejo del hipotiroidismo subclínico el embarazo se encuentra en cuando está recomendado iniciar tratamiento con levotiroxina.

Según el último consenso de la SEGO/SEEN 2022 (4), Las variables necesarias para decidir el tratamiento son: los anticuerpos anti-TPO, los niveles de TSH y pacientes de alto riesgo (infertilidad, reproducción asistida o aborto recurrente).

El tratamiento recomendado para el hipotiroidismo es mediante la administración oral de levotiroxina. La dosis inicial recomendada varía entre las distintas guías clínicas.

La ATA (2) recomienda tratar de forma genérica con 50 mcg de levotiroxina.

Otros autores recomiendan usar 50 mcg en caso de TSH entre 2.5-4 mU/L y 1 mcg/kg de peso, si es > 4 mU/L con T4L normal.

El estudio de Abalovich (5) utiliza dosis superiores, obteniendo buenos resultados clínicos:

- Si la TSH está entre 2.5 mU/L y el límite superior del rango de referencia, recomiendan iniciar con 1.2 mcg/kg/día.
- Si la TSH está entre el límite superior del rango de referencia, inician tratamiento con 1.4 mcg/kg/día.

Finalmente, en cuanto a la monitorización del tratamiento existe consenso de realizarla (2):

- Mediante determinaciones seriadas con TSH.
- A todas las pacientes que reciben tratamiento sustitutivo con levotiroxina o que no reciben tratamiento, pero tienen riesgo elevado de desarrollar hipotiroidismo: antecedente de hemitiroidectomía o pacientes con anti-TPO positivos y función tiroidea normal.

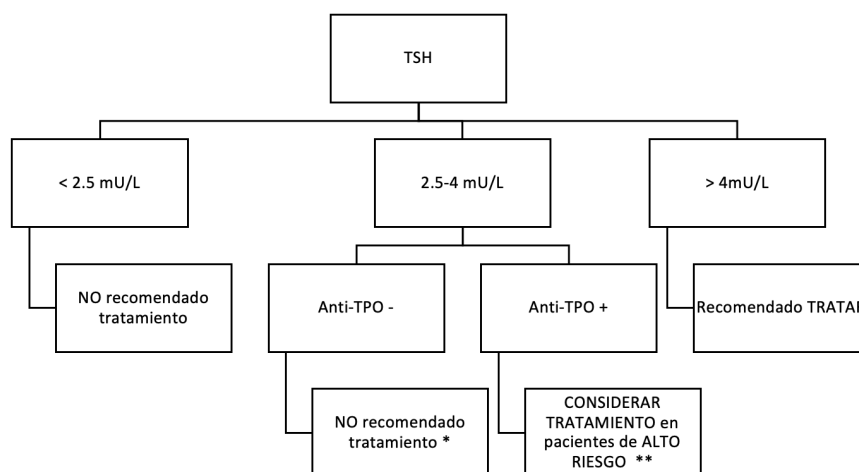


Figura 1. Algoritmo de tratamiento con levotiroxina durante el embarazo.

* Pueden usarse bajas dosis de levotiroxina en mujeres sometidas a fecundación in vitro con objetivo de conseguir una TSH menor de 2,5 mU/L. aunque no hay evidencia de que el tratamiento mejore la tasa de fertilidad en estos casos.

** Situaciones de alto riesgo como infertilidad o aborto de repetición.

5 Discusión-Conclusión

El hipotiroidismo subclínico es una patología que se detecta de manera habitual durante el embarazo, por lo que es importante tener directrices claras y sencillas sobre el diagnóstico y la indicación de tratamiento.

A pesar de los diferentes puntos de corte sugeridos en el pasado por las distintas sociedades científicas, parece que en la actualidad la tendencia es clara. Siempre que se pueda se obtendrá unos valores de referencia de TSH propios de cada población. Y si eso no fuera posible se establece un punto de corte de límite superior de normalidad de 4 Um/l.

La determinación de TSH se realizará entre la semana 7-12 de gestación.

Aunque aún existe controversia acerca del cribado universal de la función tiroidea en las gestantes, cada vez más autores y sociedades científicas abogan e implementan esta estrategia.

El consenso más extendido, es el de iniciar tratamiento con levotiroxina oral en las embarazadas que presenten una TSH mayor o igual a 4mU/L.

Cuando los niveles de TSH están entre 2.5-4 mU/L, se recomienda tratamiento si los anticuerpos anti-TPO son positivos y la paciente es de alto riesgo.

Por último, actualmente no hay evidencia para recomendar tratamiento para valores inferiores a 2.5 mU/L.

6 Bibliografía

1. Valdes S, Maldonado-Araque C, Lago-Sampedro A, Lillo JA, García-Fuentes E, Pérez- Valero V, et al. Population-based national prevalence of thyroid dysfunction in Spain and associated factors: Di@bet.es study. *Thyroid* 2017 Feb 27(2): 156–66.
2. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RP, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid* 2017 Mar 27(3): 315- 389. doi: 10.1089/thy.2016.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (No authors listed). Thyroid Disease in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. *Obstet Gynecol.* 2020 Jun; 135 (6): e261-e274. doi: 10.1097/AOG.0000000000003893.
4. Velasco I, Vilad L, Goyac M, Oleagai A, De la Calle M, Santamaria F. Documento de consenso sobre el manejo de la disfunción tiroidea durante el embarazo (SEGO/SEEN). 2022 Mar. Disponible en: https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/3356/100322_120046_3574428481.pdf.
5. Abalovich M, Vázquez A, Alcaraz G, Kitaigrodsky A, Szuman G, Calabrese C, Astarita G, Frydman M, Gutiérrez S. Adequate levothyroxine doses for the treatment of hypothyroidism newly discovered during pregnancy. *Thyroid*. 2013 Nov; 23(11):1479-83. doi: 10.1089/thy.2013.0024.

Capítulo 2

HIPERTIROIDISMO EN EMBARAZO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO

RAQUEL EIRAS LEAL

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

ALBA PENELA CARRASCO

1 Introducción

El hipertiroidismo es una alteración clínica mucho menos frecuente que el hipotiroidismo, pero de gran relevancia clínica.

Se estima que el hipertiroidismo clínico está presente en mujeres gestantes, entre el 0,1 y 0,4 % de embarazadas (1).

La causa más común de hipertiroidismo durante la gestación es el hipertiroidismo gestacional transitorio (HGT) con una prevalencia en torno al 1-3 %, seguido de la enfermedad de Graves (EG), que afecta en torno al 0,2 %, rondando los nuevos casos diagnosticados durante el embarazo al 0,05 %. Otras causas mucho menos frecuentes son el bocio nodular o multinodular tóxico, la tiroiditis subaguda, la ingesta de levotiroxina o el struma ovárico.

La falta de conocimiento correcto acerca de la fisiología tiroidea durante el embarazo puede acarrear un diagnóstico y tratamiento inadecuado. Puesto que, durante el primer trimestre del embarazo, la TSH puede presentar valores bajos, en el 15-20 % de las gestantes y muy bajos ($<0,1$ mU/l) hasta un 5%. Esta disminución se debe a la acción de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG), producida

por la placenta, sobre los receptores tiroideos de la TSH, debido a su similitud con la subunidad de la TSH.

Así, durante el pico de beta-hCG que se produce en el primer trimestre de gestación, estimula la producción de tiroxina y suprime la de TSH (2).

El hipertiroidismo clínico en la gestación no tratado o tratado de manera incorrecta se asocia aumento del riesgo de complicaciones (de 2 a 3 veces más). En la mujer gestante se ha asociado a mayor riesgo de: preeclamsia, insuficiencia cardíaca, desprendimiento de placenta, prematuridad y necesidad de ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI). En el feto: restricción de crecimiento intrauterino, pequeño para gestacional, muerte fetal y bocio (3,4).

En definitiva, es muy importante distinguir de manera correcta las formas transitorias de hipertiroidismo, cuyo manejo y pronóstico son muy diferentes, a las del hipertiroidismo clínico. Este último, requiere una derivación urgente al endocrinólogo y una monitorización fetal estricta por parte del obstetra (5).

Cuando una embarazada requiere tratamiento antitiroideo supone un reto, consistente en alcanzar el equilibrio entre el riesgo de hipertiroidismo en la madre y los efectos de los fármacos en el feto.

Este capítulo se centra en la identificación y el correcto manejo del hipertiroidismo durante la gestación, debido a su gran importancia clínica y pronóstica.

2 Objetivos

- Explicar el diagnóstico diferencial del hipertiroidismo durante la gestación.
- Exponer el manejo adecuado de los distintos tipos de hipertiroidismo durante el embarazo

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre hipertiroidismo y embarazo. Para ello se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, como Pubmed, Scielo y Google académico.

También se han consultado las guías clínicas más actuales sobre el tema, publicadas por Sociedades científicas relevantes.

4 Resultados

El diagnóstico del hipertiroidismo debe establecerse ante una TSH por debajo del límite de referencia de valores propios de embarazo o ante una TSH $<0,1$ mU/L. Valores intermedios hasta la normalidad, probablemente se deban al efecto de la beta-hCG.

La guía de la American Thyroid Association (ATA) del 2017 (6), recomienda realizar ante estos hallazgos de laboratorio:

- Una historia clínica detallada.
- Una exploración física exhaustiva.
- Determinación de T4L y T3L.
- Medición de anticuerpos estimulantes del receptor de TSH (TSI).

Las náuseas y los vómitos se presentan con frecuencia en el primer trimestre de embarazo, pero suelen ser esporádicos y de poca trascendencia. Solo en un porcentaje pequeño de mujeres evolucionará a hiperémesis gravídica, siendo más frecuente a mayor aumento de beta-hCG, como es el caso de embarazos múltiples (5).

La clínica entre la EG y la HGT puede confundirse, aunque hay datos claves para su diagnóstico diferencial, sobre todo la elevación de TSI en los casos de EG. La EG es una enfermedad autoinmune, caracterizada por la producción de TSI, que actúan activando el receptor de la TSH, aumentando la síntesis de hormonas tiroideas. Otros rasgos diferenciales en la exploración física son el bocio y la oftalmopatía, que se asocian a la EG.

La hiperémesis gravídica es una variante del HGT, que, siendo mucho menos frecuente, se presenta con una clínica muy abigarrada de náuseas y vómitos incoercibles, pérdida de peso, deshidratación y cetonuria. El cuadro al igual que la HGT suele desaparecer tras el primer trimestre de embarazo.

En cuanto al manejo del hipertiroidismo durante el embarazo, difiere sustancialmente según el cuadro etiológico.

Así, ante un cuadro de HGT, que suele ser asintomático y transitorio, nunca estará indicado el tratamiento con antitiroideos y no requieren exploraciones complementarias ni controles adicionales de la función tiroidea. No se asocia a complicaciones maternas ni fetales. Y únicamente si presenta clínica podría considerarse el uso de betabloqueantes, como el propranolol (6). La situación extrema del HGT es la hiperémesis gravídica, en este caso se suele requerir ingreso hospitalario para hidratación, reposición de electrolitos y tratamiento antiemético. Sin embargo, ante un cuadro de EG durante el embarazo, es de gran importancia la instauración inmediata de tratamiento si precisa y la monitorización fetal.

La EG presenta un riesgo obstétrico elevado, tanto de complicaciones maternas (preeclampsia, insuficiencia cardíaca, desprendimiento de placenta) como fetales (prematuridad, hipertiroidismo, bocio) o neonatales (epilepsia, síndrome de hiperactividad o déficit de atención) (7). Y también por el uso de fármacos antitiroideos, por el riesgo de complicaciones en el feto (como malformaciones) y posibles efectos secundarios en la madre (agranulocitosis o hepatitis) (8).

El objetivo del tratamiento será utilizar la dosis mínima posible del fármaco que permita mantener los niveles de tiroxina en el límite alto de la normalidad.

El fármaco de elección son los antitiroideos, en el primer trimestre es el propiltiuracilo (PTU), por presentar efectos menos graves y posteriormente, en el segundo trimestre pasar a metimazol, por el riesgo de hepatotoxicidad del PTU (6).

La función tiroidea ha de analizarse cada 4 semanas, para ajustar el tratamiento (5).

La gestación es un estado de inmunotolerancia, se produce una disminución de la respuesta inmune de la madre, sobre todo en el segundo trimestre, por eso es importante una reevaluación continua, porque nos permitirá disminuir la dosis de antitiroideos o incluso se podrían llegar a suspender.

En casos extremos de mal control a dosis elevadas o efectos adversos a los antitiroideos se planteará tiroidectomía, preferiblemente a finales del segundo trimestre.

Por último, en cuanto a la monitorización fetal, hay que tener presente que los TSI maternos atraviesan la placenta y pueden inducir hipertiroidismo fetal. Este riesgo se incrementa exponencialmente cuando los niveles de TSI son superiores a tres veces el valor de referencia en el 2º y 3 trimestre. Por ello, si esto sucede está indicado realizar una monitorización fetal a partir de la semana 20 y cada 4-6 semanas para control ecocardiográfico de hipertiroidismo fetal.

Los signos ecográficos que sugieren hipertiroidismo fetal son (9):

- Taquicardia: frecuencia cardíaca fetal superior a 160 lpm.
- Bocio.
- Oligo/polihidramnios.
- Crecimiento: edad ósea avanzada.

5 Discusión-Conclusión

El hipertiroidismo es una patología poco frecuente durante el embarazo, pero de gran relevancia clínica, tanto materna como fetal.

Sobre todo, durante el primer trimestre del embarazo, se producen alteraciones fisiológicas propias de éste, que hacen que la TSH disminuya y se puede ocasionar

un sobrediagnóstico de hipertiroidismo.

Por eso, es muy importante distinguir entre HGT y EG. El HGT, es el cuadro más frecuente, suele ser transitorio sin relevancia clínica y no requiere tratamiento. En cambio, la EG es menos frecuente, pero requiere atención inmediata por el alto riesgo de complicaciones materno-fetales. Suele requerir tratamiento médico con antitiroideos, una monitorización estrecha de la función tiroidea materna y de los TSI. Que en caso de ser 3 veces superior a la normalidad debe realizarse monitorización ecográfica del feto.

6 Bibliografía

1. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. *Eur Thyroid J* 2014 Jun 3 (2): 76-94. doi: 10.1159/000362597
2. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Aug; 97(8):2543-65
3. Aggarawal N, Suri V, Singla R, Chopra S, Sikka P, Shah VN, Bhansali A. Pregnancy outcome in hyperthyroidism: a case control study. *Gynecol Obstet Invest*. 2014; 77(2):94-9. doi: 10.1159/000357615.
4. Lillevang-Johansen M, Abrahamsen B, Jørgensen HL, Brix TH, Hegedüs L. Excess Mortality in Treated and Untreated Hyperthyroidism Is Related to Cumulative Periods of Low Serum TSH. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Jul 1; 102(7):2301-2309. doi: 10.1210/jc.2017-00166.
5. Velasco I, Vilad L, Goyac M, Oleagai A, De la Calle M, Santamaria F. Documento de consenso sobre el manejo de la disfunción tiroidea durante el embarazo (SEGO/SEEN). 2022 Mar. Disponible en: https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/3356/100322_120046_3574428481.pdf
6. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RP, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid* 2017 Mar 27(3): 315- 389. doi: 10.1089/thy.2016.
7. Ge GM, Leung MTY, Man KKC, Leung WC, Ip P, Li GHY, Wong ICK, Kung AWC, Cheung CL. Maternal Thyroid Dysfunction During Pregnancy and the Risk of

- Adverse Outcomes in the Offspring: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020 Dec 1; 105(12): dgaa555. doi:10.1210/clinem/dgaa555.
8. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 Aug; 97(8):2543-65.
9. Luton D, Le Gac I, Vuillard E, Castanet M, Guibourdenche J, Noel M, Toubert ME, Léger J, Boissinot C, Schlageter MH, Garel C, Tébeka B, Oury JF, Czernichow P, Polak M. Management of Graves' disease during pregnancy: the key role of fetal thyroid gland monitoring. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005 Nov; 90(11):6093-8.

Capítulo 3

¿CUÁNDO DEBEMOS DE SOSPECHAR UNA TIROIDITIS POSPARTO Y COMO TRATARLA?

RAQUEL EIRAS LEAL

ANA LÓPEZ-DOMÍNGUEZ GARCÍA

ALBA PENELA CARRASCO

1 Introducción

La tiroiditis postparto es la aparición de una disfunción tiroidea transitoria o permanente, excluyendo la enfermedad de graves, que aparece durante el primer año después del parto, en mujeres que estaban previamente eutiroides (1).

Es una enfermedad de carácter autoinmune, que refleja la supresión inmunológica que se produce durante el embarazo, seguido en el postparto de un rebote del sistema inmunitario. Se asocia a la presencia de anticuerpos antitiroideos, Alteraciones linfocitarias, altos niveles de IgG1 y mayor actividad de células natural killer y haplotipos HLA específico (2).

Es la enfermedad tiroidea más común en el periodo postparto. La prevalencia de la tiroiditis postparto es aproximadamente de un 5-9 %, aunque varía considerablemente entre las distintas series con un rango que comprende entre un 1-18 % (3).

Existen una serie de factores de riesgo que se asocian como mayor riesgo de desarrollo de tiroiditis postparto:

- La presencia de anticuerpos antitiroideos positivos en el primer trimestre de gestación confiere posibilidad de aparición de hasta un 50 % de aparición de tiroiditis postparto. A mayor título de anticuerpos mayor probabilidad de desarrollarla (3).
- Las mujeres con otras enfermedades autoinmunes tienen mayor riesgo de tiroiditis postparto, concretamente: del 25% en diabetes tipo 1, del 25 % en hepatitis autoinmune, del 14 % con lupus eritematoso sistémico nivel, 44 % con antecedentes de enfermedad de graves (4).
- La tiroiditis postparto en un embarazo previo confiere un alto riesgo de presentar un nuevo episodio, de hasta un 70 % (3).
- Las mujeres con una tiroiditis de Hashimoto tanto las que han recibido tratamiento con levotiroxina como las que no tienen riesgo de desarrollar tiroiditis postparto si su glándula no está atrofiada por completo (5).

Las formas de presentación de la tiroiditis postparto pueden ser variadas, la forma clásica se presenta en aproximadamente un 25 % de los casos, y se caracteriza por una tirotoxicosis transitoria seguida de un hipotiroidismo transitorio con posterior recuperación del eutiroidismo hacia el final del primer año postparto. Sin embargo, en un 32% de los casos se presenta como una tirotoxicosis aislada, siendo muy importante el diagnóstico diferencial con la enfermedad de graves. Y hasta en la mitad de los casos se presenta únicamente como hipotiroidismo. Mientras que la fase de tirotoxicosis se resuelve de manera espontánea sin consecuencias, un alto porcentaje de pacientes continúan con hipotiroidismo de forma permanente (10-50 %) (6).

En consecuencia, debido a las distintas formas de presentación clínica y que en muchos casos las pacientes pueden estar asintomáticas, puede existir una demora en el diagnóstico. Siendo de especial importancia, que los profesionales implicados en el período postparto conozcan el diagnóstico y manejo de la tiroiditis postparto.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer la clínica y datos de sospecha de la tiroiditis postparto.

Objetivos secundarios:

- Desarrollar el diagnóstico y diagnóstico diferencial de la tiroiditis postparto.
- Explicar el tratamiento y manejo de la tiroiditis postparto en las distintas fases.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica existente sobre la tiroiditis postparto. Para ello se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, como Pubmed, Scielo y Google académico.

También se han consultado las guías clínicas más actuales sobre el tema, publicadas por Sociedades científicas relevantes.

4 Resultados

En la tiroiditis postparto se produce una inflamación del tejido tiroideo debido a que la acción inmunológica activa la proteólisis y la destrucción de los folículos tiroideos, liberándose a la circulación las hormonas tiroideas almacenadas y produciendo un hipertiroidismo hasta que se agotan los depósitos (2). Ante esta situación, el tiroides deja de producir hormona tiroidea a consecuencia de la destrucción tiroidea y de las altas concentraciones circulantes que causan la inhibición de la TSH.

Al resolverse la inflamación, los folículos tiroideos se regeneran y se reinicia la síntesis de hormonas tiroideas y la elevación de la TSH hasta alcanzar el eutiroidismo (2).

La tiroiditis postparto generalmente es indolora.

Durante la fase tirotóxica la mayoría de las mujeres están asintomáticas o con escasa clínica, puesto que el aumento de las hormonas tiroideas circulantes generalmente es leve. Cuando se produce clínica los síntomas más frecuentes son: irritabilidad, intolerancia al calor, taquicardia y fatiga (1). Esta fase normalmente ocurre entre los dos a 6 meses postparto.

En cambio, en la fase hipotiroidea, es más frecuente que presenten síntomas. Los que suelen presentar con más frecuencia son: intolerancia al frío, sequedad de piel, astenia y alteración de la concentración (1). Esta fase ocurre entre los 3-12 meses postparto y en un 10-20% evoluciona a un hipotiroidismo permanente.

No hay datos sólidos que indiquen que la tiroiditis postparto se asocie con depresión o que agrave una depresión postparto, pero se recomienda la determinación de función tiroidea en pacientes con estos cuadros (7).

El diagnóstico se establece ante la sospecha clínica solicitando: TSH y hormonas tiroideas libres. En la fase tirotóxica, la TSH estará baja o suprimida y las hormonas tiroideas elevadas. Mientras que en la fase hipotiroidea la TSH estará el-

evada y las hormonas tiroideas bajas o normales. Durante la fase hipotiroidea los anticuerpos antimicrosomales suelen estar elevados hasta en un 85% de los casos.

El principal reto es el diagnóstico diferencial durante la fase tirotóxica de la enfermedad de Graves. Las claves nos las darán principalmente la clínica y los datos de laboratorio (Tabla 1).

Los síntomas suelen ser más abigarrados en el caso de la enfermedad de Graves y más leves en la tiroiditis. La ausencia de oftalmopatía y un ligero aumento de la glándula tiroidea nos han de hacer sospechar una tiroiditis.

La diferencia analítica principal es la positividad de los anticuerpos contra el receptor de la TSH en la enfermedad de Graves. También los niveles de hormonas tiroideas libres nos pueden ayudar, suelen ser menores en la tiroiditis y la T4L suele ser más elevada en la tiroiditis y la T3L en la enfermedad de Graves.

Raramente será necesario recurrir a realizar una ecografía o una gammagrafía. En el caso de la ecografía puede ser de utilidad usando el Doppler, en el caso de la enfermedad de graves la vascularización estará aumentada y disminuida en la tiroiditis.

La gammagrafía no debe realizarse durante la lactancia, si se realizada veremos ausencia de captación en la tiroiditis y aumento de captación en el Graves. A continuación, vamos a exponer el tratamiento y manejo, que va a depender también de la fase en la que nos encontremos y la clínica.

Durante la fase tirotóxica los antitiroideos no se recomiendan porque no van a ser eficaces al tratarse de una tiroiditis destructiva. Como los síntomas son típicamente leves, no van a requerir tratamiento de forma habitual. En caso de mujeres sintomáticas que requieran tratamiento ha de realizarse con betabloqueantes a la dosis mínima para control de síntomas. El de elección es el propranolol, por ser seguro durante la lactancia (7).

Tras esta fase ha de monitorizarse la TSH, máximo cada dos meses, hasta un año del parto para detectar la fase hipotiroidea (7).

En la fase hipotiroidea debe considerarse el tratamiento con levotiroxina a las mujeres sintomáticas, que están lactando o que están buscando un nuevo embarazo. Si no se inicia tratamiento, debe controlarse los niveles de TSH cada 4-8 semanas hasta que la función tiroidea se normalice (7).

Si se inicia tratamiento con levotiroxina, se recomienda intentar suspenderlo a los 6-12 meses de haberlo iniciado, disminuyendo de forma progresiva con controles cada 6-8 semanas (7).

No se recomienda el tratamiento con levotiroxina ni con yodo para prevenir la tiroiditis postparto en mujeres eutiroideas con anticuerpos antitiroideos posi-

tivos (7).

Por último, no hay que olvidar realizar un seguimiento anual mediante la determinación de TSH (7), a aquellas mujeres con historia previa de tiroiditis postparto. Estas mujeres, presentan mayor riesgo de desarrollar hipotiroidismo permanente, sobre todo si presentan los siguientes factores de riesgo (6):

- Multiparidad.
- Mayor gravedad del hipotiroidismo inicial.
- Niveles elevados de anticuerpos antitiroideos.
- Edad materna avanzada.
- Historia de abortos.
- Hipoecogenicidad de la glándula tiroidea en la ecografía.

5 Discusión-Conclusión

La tiroiditis postparto es una disfunción tiroidea autoinmune que se produce en el año posterior al parto en una mujer previamente eutiroides.

La prevalencia varía de forma importante entre las distintas series, pero se trata de una patología común durante el posparto debido al rebrote inmunológico que se produce tras el embarazo.

En la forma clásica, se distinguen 3 fases:

- Fase tirotóxica: se produce una elevación transitoria de las hormonas tiroideas en sangre, la clínica suele ser leve o asintomática, sin precisar en la mayoría de los casos tratamiento y con una resolución espontánea del cuadro.
- Fase hipotiroidea: tras la fase de destrucción de la glándula tiroidea se produce un período de recuperación, donde puede producirse un hipotiroidismo subclínico o clínico. Si presentan clínica, se recomienda iniciar tratamiento con levotiroxina, sino se puede realizar vigilancia con determinación seriada de TSH cada cuatro 8 semanas.
- Eutiroidismo: recuperación de la función de la glándula tiroidea hacia el final del primer año.

Un porcentaje significativo de pacientes tendrán un hipotiroidismo permanente. Y otro porcentaje importante tiene mayor riesgo de desarrollarlo posteriormente. Por lo que es de especial importancia el seguimiento a largo plazo de estas mujeres.

6 Bibliografia

1. Amino N, Mori H, Iwatani Y, Tanizawa O, Kawashima M, Tsuge I, Ibaragi K, Kumahara Y, Miyai K. High prevalence of transient post-partum thyrotoxicosis and hypothyroidism. *N Engl J Med.* 1982 Apr 8;306(14):849-52. doi: 10.1056/NEJM198204083061405. PMID: 7062963.
2. Kuijpers JL, De Hann-Meulman M, Vader HL, Pop VJ, Wiersinga WM, Drexhage HA. Cell-mediated immunity and postpartum thyroid dysfunction: a possibility for the prediction of disease? *J Clin Endocrinol Metab.* 1998 Jun;83(6):1959-66. doi: 10.1210/jcem.83.6.4838. PMID: 9626126.
3. Nicholson WK, Robinson KA, Smallridge RC, Ladenson PW, Powe NR. Prevalence of postpartum thyroid dysfunction: a quantitative review. *Thyroid.* 2006 Jun;16(6):573-82. doi: 10.1089/thy.2006.16.573. PMID: 16839259.
4. Tagami T, Hagiwara H, Kimura T, Usui T, Shimatsu A, Naruse M. The incidence of gestational hyperthyroidism and postpartum thyroiditis in treated patients with Graves' disease. *Thyroid.* 2007 Aug;17(8):767-72. doi: 10.1089/thy.2007.0003. PMID: 17651013.
5. Moleti M, Mauro MD, Alibrandi A, Vita R, Benvenga S, Vermiglio F. Postpartum Thyroiditis in Women With Euthyroid and Hypothyroid Hashimoto's Thyroiditis Antedating Pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020 Jul 1; 105(7): dgaa197. doi: 10.1210/clinem/dgaa197
6. Stagnaro-Green A, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Negro R. High rate of persistent hypothyroidism in a large-scale prospective study of postpartum thyroiditis in southern Italy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011 Mar;96(3):652-7. doi: 10.1210/jc.2010-1980. Epub 2010 Dec 29. PMID: 21190974.
7. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RP, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid* 2017 Mar 27(3): 315- 389. doi: 10.1089/thy.2016.

Capítulo 4

TUMOR DE BRENNER BORDERLINE DEL OVARIO

LAURA LORENTE GEA

ANA ISABEL GIL LIÑAN

MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA

1 Introducción

El tumor de Brenner es una lesión compuesta por epitelio de tipo urotelial o transicional típicamente embebida en un estroma fibromatoso. Se presenta más frecuentemente entre la quinta y la sexta décadas en la vida, aunque puede aparecer en cualquier edad. La inmensa mayoría de ellos se dan en el ovario siendo muy infrecuentes las presentaciones extraováricas.

Respecto a su patofisiología, se postula que podrían originarse en de los restos de Walthard, aunque esta teoría no está del todo contrastada y etiológicamente no se sabe el origen de esta lesión.

La Organización Mundial de la Salud clasifica esta entidad histológicamente en tres subtipos. El primero, tumor de Brenner benigno, compuesto por nidos de epitelio transicional sin atipia citológica, en un estroma fibromatoso con arquitectura adenofibromatosa. El segundo, tumor de Brenner borderline, que presenta arquitectura papilar con las papilas revestidas por un epitelio transicional multicapa con variable atipia citológica, aunque usualmente de bajo grado. Por último, el tumor de Brenner maligno donde se identifica un carcinoma de células

transicionales con invasión del estroma asociado a un componente benigno o borderline de los descritos anteriormente.

En referencia a su presentación clínica, los tumores de Brenner benignos suelen ser un hallazgo incidental en un ovario que se extirpa por otras razones mientras que los borderline y los malignos se diagnostican como masa anexial y conllevan la realización de una ooforectomía.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es presentar el caso clínico de una paciente con tumor de Brenner borderline y ahondar en el conocimiento de esta entidad, haciendo una revisión de la literatura actual en fuentes indexadas (PubMed).

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 57 años que acude a su médico de familia por dolor abdominal de 2 meses de evolución. Tras realización de historia clínica exhaustiva y exploración, se decide derivar a la paciente al servicio de ginecología, donde se realiza ecografía vaginal que muestra una masa sólida en el anejo derecho de unos 15 cm de diámetro aproximadamente. Las analíticas muestran leve aumento de CA125.

En el comité ginecológico se decide realizar laparotomía exploradora en la cual se encuentra dicha masa, por lo que se realiza ooforectomía derecha. Recibimos en nuestro laboratorio de anatomía patológica una pieza quirúrgica de anexectomía derecha que consta de ovario de 17 x 5 cm junto con trompa de Falopio de 6 x 0,8 cm. Un gran volumen del ovario se encuentra sustituido por una lesión sólida que, al corte, muestra coloración blanquecina y áreas levemente papilares.

Al estudio microscópico de la lesión se identifica una arquitectura papilar cuyas papilas están revestidas por epitelio transicional con variable atipia citológica; la mayor parte de las células muestran atipia leve pero en algunos focos se puede identificar atipia citológica mayor. Además se identifican áreas de epitelio transicional sin atipia con estroma fibromatoso y focales calcificaciones.

Al estudio inmunohistoquímico la lesión resulta positiva para P63 y GATA3 y negativa para receptores de estrógenos, progesterona y WT1. Se realiza mutación de P53 resultando esta WildType o negativa.

El diagnóstico diferencial con la morfología descrita no se tendría que realizar con el carcinoma seroso de alto grado con patrón arquitectural transicional pero en este último no se identifica harían áreas de componente benigno de tumor de Brenner además de presentar WT1 y estrógenos positivos.

Por todo ello, el diagnóstico definitivo de la paciente fue el de tumor de Brenner borderline.

4 Discusión-Conclusión

Los tumores de Brenner del ovario son casos poco frecuentes. Una de las mayores complicaciones diagnósticas se da cuando se solicita el estudio intraoperatorio de la pieza quirúrgica, ya que se necesita un muestreo amplio de la pieza para encontrar las áreas con características benignas para llegar a un correcto diagnóstico y en este tipo de intervenciones se dispone de un material mínimo para valorar, además del artefacto de congelación que implica la propia técnica intraoperatoria.

El tratamiento de esta entidad es meramente quirúrgico sin terapéuticas oncológicas posteriores.

Respecto al pronóstico, todos los casos de tumor de Brenner benigno y borderline presentan una evolución favorable aunque en muy escasas ocasiones se ha demostrado recurrencia local. No presenta metástasis a ganglios regionales ni tampoco a distancia por lo que la evolución es excelente.

En el caso de nuestra paciente, tras la resección ovárica se encuentra en seguimiento sin presentar recidiva local ni otras complicaciones, siendo la analítica completamente normal.

5 Bibliografía

1. Logani, S., Oliva, E., Amin, M. B., Folpe, A. L., Cohen, C., & Young, R. H. (2003). Immunoprofile of ovarian tumors with putative transitional cell (urothelial) differentiation using novel urothelial markers: histogenetic and diagnostic implications. *The American Journal of Surgical Pathology*, 27(11), 1434–1441. <https://doi.org/10.1097/00000478-200311000-00005>
2. Liao, X. Y., Xue, W. C., Shen, D. H., Ngan, H. Y. S., Siu, M. K., & Cheung, A. N. (2007). p63 expression in ovarian tumours: a marker for Brenner tumours but

not transitional cell carcinomas. *Histopathology*, 51(4), 477–483. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2559.2007.02804.X>

3. Ali, R. H., Seidman, J. D., Luk, M., Kalloger, S., & Gilks, C. B. (2012). Transitional cell carcinoma of the ovary is related to high-grade serous carcinoma and is distinct from malignant brenner tumor. *International Journal of Gynecological Pathology: Official Journal of the International Society of Gynecological Pathologists*, 31(6), 499–506. <https://doi.org/10.1097/PGP.0B013E31824D7445>

4. Cuatrecasas, M., Catusus, L., Palacios, J., & Prat, J. (2009). Transitional cell tumors of the ovary: A comparative clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic analysis of brenner tumors and transitional cell carcinomas. *American Journal of Surgical Pathology*, 33(4), 556–567. <https://doi.org/10.1097/PAS.0b013e318188b84c>

5. Rantanen, V., Grenman, S., Killholma, P., Salmi, T., & Klemi, P. J. (1994). Brenner and transitional cell tumours of the ovary. Report of three cases. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae*, 83(SUPPL. 208), 28–32.

6. de Cecio, R., Cantile, M., Collina, F., Marra, L., Santonastaso, C., Scaffa, C., Botti, G., & Losito, N. S. (2014). Borderline Brenner tumor of the ovary: a case report with immunohistochemical and molecular study. *Journal of Ovarian Research*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/S13048-014-0101-7>

Capítulo 5

RECIDIVA DE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA EN EL TRASPLANTE RENAL

JUAN PABLO GÁMEZ ESPAÑA

AMPARO SÁNCHEZ ROMERO

1 Introducción

Las glomerulonefritis suponen la tercera causa (13 %) de enfermedad renal en aquellos pacientes con necesidad de terapia renal sustitutiva. Estos paciente son generalmente jóvenes y presentan poca comorbilidad, por lo que en un gran porcentaje serán candidatos a trasplante renal. Según los datos de la Sociedad Española de Nefrología, un 15% de la probación trasplantada renal tiene como enfermedad de base una glomerulonefritis. Dicho porcentaje se eleva hasta un 45 % según los datos del registro de trasplanta de Australia y Nueva Zelanda (ANZDATA).

El análisis de los datos aportados por varios registros demuestra que la presencia de recidiva en el trasplante renal supone un peor pronóstico del injerto. La aparición de recidiva supone la tercera causa de pérdida del injerto renal (hasta un 15 % de los casos), solo por detrás de la muerte del receptor y el rechazo.

Sin embargo, existen numerosos inconvenientes que impiden una adecuada aproximación epidemiológica al problema. Los diversos estudios y registros presentan un periodo de seguimiento variable (lo cual impide comparar resultados) y en numerosas ocasiones no se conoce la causa de enfermedad renal del paciente (lo que impide diferenciar entre recidiva o enfermedad de novo). En cuanto al

tratamiento, la mayoría de datos provienen de series de casos o estudio de cohortes, no existiendo apenas ensayos clínicos al respecto.

2 Objetivos

El objetivo es realizar una revisión sistemática de las características, factores de riesgo y opciones de tratamiento de la recidiva de glomerulonefritis membranoproliferativa en el trasplante renal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en libros, manuales y artículos a través de las principales bases de datos (Pubmed, Medline, etc.).

Debido a la reciente clasificación de la glomerulonefritis membranoproliferativa en función a las características de la inmunofluorescencia, se han descartado aquellos artículos previos a dicha clasificación. Además, se han descartado aquellos artículos en los que se presentaban casos clínicos.

4 Resultados

Aunque previamente considerada como una entidad per se, hoy en día se considera la glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) como un patrón histológico de lesión asociado a numerosos procesos. La clasificación actual de la misma se realiza en función a los datos aportados por la inmunofluorescencia.

- Depósito de complemento e inmunoglobulina (policlonal). Asociado a infecciones (hepatitis B, hepatitis C, endocarditis, abscesos, Leishmania, etc.), patología autoinmune (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, etc.), neoplasias de órgano sólido o idiopático.
- Depósito de complemento e inmunoglobulina (monoclonal). Asociado a gammopatía monoclonal y a discrasias de células B.
- Depósito de complemento. Asociado a glomerulopatía C3 (glomerulonefritis C3 y enfermedad de depósitos densos). Se debe a mutaciones (FCH, CFHR1, CFHR2, etc.) y a anticuerpos (C3NeF, anti-FH, etc.) que alteran la vía clásica del complemento.
- Ausencia de complemento o inmunoglobulina en la IF. Se ha descrito en casos de microangiopatía trombótica.

En aquellos casos de GNMP con depósito policlonal de inmunoglobulina y complemento, se ha descrito la existencia de recidiva tanto en casos idiopáticos como secundarios. La recurrencia se ha descrito en un 30-35% de los casos, siendo generalmente tardía (mediana de 5 años tras el trasplante). Los factores de riesgo asociados son la presencia de hipocomplementemia, trasplante renal en situación de prediálisis y la existencia de donante vivo emparentado.

El tratamiento de la recidiva de GNMP será el de la causa subyacente (por ejemplo, infección por VHB). En los casos idiopáticos el tratamiento será el siguiente:

- Proteinuria menor 1-1.5 g/día y función renal estable. IECA o ARA II.
- Proteinuria mayor 1.5 g/día o deterioro función renal. Se han descrito los siguientes tratamientos: corticoides, inicio o aumento de micofenolato, rituximab y ciclofosfamida (en caso de glomerulonefritis rápidamente progresiva).

En los casos de GNMP asociados a depósito monoclonal de inmunoglobulina la recurrencia se ha descrito en un 66 % de los casos, tratándose generalmente de una recurrencia precoz y agresiva. La probabilidad de recidiva se reduce en aquellos casos en los que se logra una respuesta hematológica completa previa a la realización del trasplante renal. El tratamiento será (nuevamente) el del proceso hematológico subyacente.

Los factores de riesgo asociados a la aparición de recidiva de glomerulopatía C3 son: niveles bajos de C3 prediálisis, donante vivo emparentado y niveles elevados de "C3 nefritic factor". Se han intentado varias estrategias para prevenir la aparición de la misma (uso de eculizumab, administración de dosis altas de micofenolato) sin aparente eficacia.

El tratamiento en aquellos casos de recidiva de glomerulopatía C3 son las siguientes:

- Función renal estable y proteinuria inferior a 1-1.5 g/día. Medidas antiproteinúricas (IECA o ARA-II).
- Proteinuria mayor de 1.5 g/día o deterioro función renal. Se han descrito las siguientes estrategias: inicio o aumento de dosis de micofenolato, eculizumab, ciclofosfamida (en casos de glomerulonefritis rápidamente progresiva) y tratamiento hematológico (si la causa subyacente es una gammapatía monoclonal).

5 Discusión-Conclusión

Un gran porcentaje de la población trasplantada renal en nuestro medio presenta como enfermedad de base una glomerulonefritis. Dentro de este grupo de entidades, una de las más frecuente es la glomerulonefritis membranoproliferativa.

Ante la presencia de deterioro de la función renal o empeoramiento de proteinuria y/o hematuria en el trasplante renal, la existencia de una recidiva es una de las opciones que hay que incluir en el diagnóstico diferencial. En numerosas ocasiones, el desconocimiento de la etiología de la enfermedad renal crónica impide diferenciar entre recidiva o glomerulonefritis de novo.

El riesgo de recidiva, momento de aparición, pronóstico y tratamiento de una recidiva de GNMP dependerá fundamentalmente de los datos aportados por la inmunofluorescencia, así como de la existencia de una posible causa subyacente.

6 Bibliografía

1. Jiang SH, Kennard AL, Walters GD. Recurrent glomerulonephritis following renal transplantation and impact on graft survival. *BMC Nephrol.* 3 de diciembre de 2018;19(1):344.
2. Cosio FG, Cattaran DC. Recent advances in our understanding of recurrent primary glomerulonephritis after kidney transplantation. *Kidney Int.* febrero de 2017;91(2):304-14.
3. Lim WH, Shingde M, Wong G. Recurrent and de novo Glomerulonephritis After Kidney Transplantation. *Front Immunol.* 14 de agosto de 2019;10:1944.
4. Yamamoto I, Yamakawa T, Katsuma A, Kawabe M, Katsumata H, Hamada AM, et al. Recurrence of native kidney disease after kidney transplantation. *Nephrology (Carlton).* julio de 2018;23 Suppl 2:27-30.

Capítulo 6

ANATOMÍA DEL INJERTO RENAL Y SU CORRELACIÓN RADIOLÓGICA

EDUARDO JOSUÉ BANEGAS DERAS

LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS

1 Introducción

El ultrasonido utiliza una frecuencia mayor de la que puede percibir el oído humano (15.000-20.000Hz). Las ondas acústicas generadas constan de 4 características:

- Longitud de onda.
- Amplitud.
- Frecuencia.
- Velocidad de propagación.

La unidad que se utiliza para medir la frecuencia de las ondas acústicas se denomina Hercio (Hz) que equivale a 1 ciclo/seg. A frecuencias altas la resolución de la imagen mejora, pero la penetración en los tejidos es menos profunda. Por lo tanto, para visualizar órganos abdominales es preciso emitir una onda mecánica de baja frecuencia que produce una mayor profundidad, pero con baja resolución de imagen. Para la adecuada propagación de los ultrasonidos a través de los tejidos se utiliza un medio acuoso o gel.

Para la realización de una correcta técnica ecográfica es necesario conocer la anatomía del injerto renal y su relación con las estructuras vecinas. El trasplante renal heterotópico es la técnica actualmente más extendida con localización del riñón donante en la fosa iliaca del receptor. El nefrólogo debe estar familiarizado con la técnica quirúrgica empleada en cada paciente y se recomienda que,

antes de realizar un ultrasonido del trasplante renal, conozca el informe del parte quirúrgico, así como las incidencias ocurridas durante la intervención.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las mediciones anatómicas comunes de un injerto renal.

Objetivo secundarios:

- Conocer la anatomía y su correlación ultrasonográfica del injerto renal.
- Analizar la importancia de la ecografía en la práctica clínica.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de los principales valores de medición ultrasonográfica del injerto renal. Los valores normales del tamaño renal varían de acuerdo a la edad, talla, peso y sexo del donante. La valoración de las distintas mediciones del injerto renal tiene importancia en la evaluación clínica ya que pueden ser signos de patología. Por tanto, el resultado de estas medidas debe ser interpretadas de forma individual teniendo en cuenta la tendencia en la variación de las distintas mediciones sucesivas y no ser interpretadas como valores absolutos.

4 Resultados

Se estima una longitud normal entre 10-12 cm, con un eje anteroposterior (ancho) de 4-6 cm y espesor (grosor) de 2,5-3,5 cm. El volumen renal suele variar entre 132 a 276 y de 87 a 233 cm³ en el hombre y mujer respectivamente. El espesor del parénquima renal, que incluye cortical y medula, es de aproximadamente 15-20 mm. La cortical mide entre 8-9 mm. Tabla 1.

El conocimiento previo de las principales anastomosis vasculares empleadas en el acto quirúrgico y la existencia de variaciones anatómicas (por ejemplo, doble sistema colector, arteria polar desarrollada) facilita la exploración con el ultrasonido evitando interpretaciones erróneas y permitiendo una búsqueda rápida de las principales complicaciones médico-quirúrgicas.

El injerto renal suele implantarse de forma extraperitoneal en fosa iliaca derecha o izquierda. La anastomosis de la arteria renal del donante cadáver comúnmente

se realiza con la arteria iliaca externa o común del receptor de forma termino-lateral. En el injerto de donante vivo no es infrecuente la anastomosis termino-terminal con la arteria iliaca interna. La anastomosis de la vena renal suele llevarse a cabo de forma termino-lateral con respecto a la vena iliaca externa. Finalmente, la unión del uréter a la vejiga del receptor se realiza con una unión urétero-vesical mediante técnica antirreflujo dejando la vía urinaria en posición anterior a los vasos. El uréter suele transcurrir por encima de los vasos iliacos hasta desembocar en la vejiga.

La disposición del riñón en la fosa iliaca depende de la técnica quirúrgica realizada y en ocasiones puede estar invertido para evitar las transposiciones de los vasos. La localización de las anastomosis vasculares son importantes referencias a tener en cuenta previo al estudio ecográfico.

La vena renal tiene una disposición anterior con respecto a la arteria y suele tener una mayor longitud. En ocasiones resulta útil ubicar con el transductor los vasos iliacos y seguir su trayecto anatómico hasta las anastomosis vasculares. Siguiendo esta dirección es fácil identificar el hilio renal.

5 Discusión-Conclusión

Conocer la anatomía renal y su visualización en el ultrasonido es de importancia para identificar de manera precoz complicaciones que precisen intervención inmediata para preservar la función del injerto renal. Es necesario tener el conocimiento mínimo de las medicaciones habituales que se realizan en el estudio de imagen renal. La ubicación espacial del injerto en la fosa iliaca y su relación con las estructuras alrededor es importante para una adecuada interpretación ultrasonográfica. El uso de la ecografía cada vez es de mayor importancia en la practica clínica y un conocimiento básico de la técnica sonográfica ayuda al nefrólogo para la toma de decisiones.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 7

GESTIÓN DEL TALENTO EN MEDICINA Y CIRUGÍA

JUAN LUJAN COLAS

1 Introducción

El talento humano constituye en la actualidad uno de los activos de mayor valor para las instituciones sanitarias, representando la gestión de este uno de los mayores retos que enfrenta la dirección.

Puesto al servicio del centro, juega un papel estratégico fundamental ya que los trabajadores, además de su conocimiento, poseen habilidades y competencias para alcanzar con éxito los objetivos personales e institucionales, de ahí que la gestión del talento se haya configurado cómo un proceso estratégico diseñado para lograr un alto desempeño de los trabajadores que, a su vez, contribuya a la competitividad de la institución.

Esto involucra la selección de los profesionales más capacitados, su desarrollo personal y profesional, beneficios salariales acorde con las exigencias laborales; además de el desarrollo de un compromiso en el personal y sentido de pertenencia, Ferri (2016).

En el contexto sanitario, en la Jornada de la Organización Médica Colegial de España, realizado en el 2018 en Madrid, se planteó la sanidad como un sector de vital importancia para la economía y el desarrollo de la nación, siendo el recurso humano de casi dos millones de personas, por lo que la gestión del talento es vista como una inversión, a pesar de los problemas existentes como, entre otros, el desconocimiento de las habilidades e inquietudes del personal, las políticas de captación y retención del talento y la falta de motivación, propiciada solo en momentos puntuales.

En la actualidad, uno de los principales retos de las organizaciones, y por ende de la dirección sanitaria, es contar con profesionales que tengan la habilidad de orientar sus esfuerzos hacia el logro de los objetivos institucionales, sin dejar de lado su bienestar.

No obstante, Alonso, Pacios y Herreros (2019), afirman que en las instituciones de salud los objetivos organizacionales se presentan desvirtuados, sin existir participación por parte de los trabajadores en el proceso de toma de decisiones pues es un sistema jerarquizado centrado en la autoridad, en actividades poco acordes con la realidad del sistema, en el que prima la cantidad ante la calidad. Esto sugiere una gestión donde la prioridad es la parte económica, lo que influye en el desempeño del recurso humano de la organización. Igualmente, los incentivos y beneficios salariales no cubren las expectativas de los profesionales de la salud, unido a un marco legal poco favorable, y condiciones laborales marcadas por la incertidumbre de depender del enfoque rentista del gerente de turno.

Por lo antes expuesto, la revisión de la problemática en la gestión del talento en este sector se convierte en un aspecto fundamental para tener una visión sobre la realidad actual en estas instituciones, teniendo en cuenta que su ausencia conduce a tener personal insatisfecho y por ende, un desempeño poco efectivo y cortoplacista.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Analizar la problemática de la gestión del talento en el medicina y cirugía.

Objetivos secundarios:

- Estudiar las propuestas de mejora, que han sido planteadas por los diferentes autores, destinadas a solventar las deficiencias en la gestión de talento del medicina y cirugía”.
- Definir los problemas en el medicina y cirugía para la gestión de talento humano.
- Realizar un análisis crítico sobre la problemática de la gestión del talento.
- Definir un plan de mejora para la gestión del talento en el medicina y cirugía.

3 Metodología

El crecimiento exponencial de información relacionado con la biomedicina ha hecho necesario el convertir toda esta información en algo que sea fácilmente

accesible y útil. Los distintos tipos de síntesis de bibliografía nacen intentando cumplir esta función.

Revisar una hipótesis es una tarea que consiste en recopilar la información disponible en relación con el tema que esta aborda, sintetizar la evidencia sobre el tema y llevar a cabo un contraste entre las ideas encontradas con la idea planteada. La idea planteada, queda definida en nuestra hipótesis o hipótesis de partida incluidas en el trabajo de investigación y será validada o no con el citado contraste de información. La revisión de una hipótesis puede ser enfocada desde un estilo narrativo o sistemático. El segundo formato citado es un enfoque muy usado, siendo su aplicación mucho mayor que el primero. Esto es debido a que las revisiones narrativas no tienen unos criterios de metodología establecidos. En contraste, la modalidad de revisión sistémica se basa en una metodología científica con criterios de búsqueda y selección de estudios.

Desde esa perspectiva, el presente trabajo es considerado una revisión sistemática, que, según Sobrido y Rumbo-Prieto (2018), da paso a una visión global y una mayor comprensión de la situación estudiada.

Igualmente, el estudio según el método y el enfoque es una revisión sistemática cualitativa con síntesis interpretativa. Para Frost, Garside, Cooper y Britten (2016) proporciona una forma de tratar la naturaleza misma del fenómeno a estudiar, profundizar en la realidad donde se encuentra, desde donde se le asignó una nueva perspectiva, otorgada por los investigadores como resultado de su propio conocimiento, y a partir de los resultados ya existentes darle una nueva interpretación sobre el objeto en cuestión.

Dado que una revisión sistemática busca "toda la verdad" e intenta responder en profundidad a cuestiones generalmente muy concretas y específicas, ésta ha de ser: rigurosa, informativa, exhaustiva y explícita.

En la búsqueda de estas características, previo a la ejecución de una revisión sistemática, hay que realizar una serie de tareas previas, que son tan o más importantes que la revisión en sí (Bioestadística amigable, MA Martínez):

1. Definir el tema central del estudio en base a la pregunta a resolver a través de nuestra investigación.
2. Establecer los criterios que nos van a permitir seleccionar los estudios.
3. Plantear la estrategia de búsqueda, esto es, plantear donde buscar los estudios de mi investigación.
4. Comprobar la elegibilidad de los trabajos encontrados en base a los criterios de elección (inclusión/exclusión).
5. Definir la calidad de los estudios previamente elegidos.
6. Análisis de datos.

7. Extracción de los resultados.
8. Planteamiento de las conclusiones.

Una vez desarrollados todos estos pasos, la revisión sistémica estará completada y nos permitirá alcanzar un conocimiento amplio del tema. Conocida la problemática en detalle, podremos establecer las bases de un plan de mejora en la gestión de talento humano en el sector sanitario.

4 Bibliografía

1. Bagan, J. (2014). El sistema sanitario en España. Situación actual y perspectivas de futuro. Deloitte. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/es/es/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/sistema-sanitario-espana.html>.
2. Alonso, M., Pacios E y Herreros B (2019) ¿Son éticos los objetivos de gestión para los médicos de nuestros hospitales? Are the management objectives for hospital physicians ethical? Revista Clínica Española. Vol.219. pág. 90-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256518301826>.
3. Frost J, Garside R, Cooper C, Britten N. (2016). Meta-Study as diagnostic: Toward content over form in qualitative synthesis. Qual Health Res. N°26, págs. 307–19, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315619381>.
4. Sobrido, M. y Rumbo-Prieto, J. (2018). La revisión sistemática: pluralidad de enfoques y metodologías. Revista Elsevier. no.28. vol. 6. pág. 387-393 España. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.008>.

Capítulo 8

TRAS LA EXCELENCIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

JUAN LUJAN COLAS

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica que actualmente ha alcanzado dimensiones de pandemia y se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad. El 65% de la población mundial habita en países donde el sobrepeso y la obesidad matan a más personas que la inanición, convirtiéndose así la obesidad junto con sus enfermedades asociadas en uno de los problemas de salud pública más desafiantes del siglo XXI.

La obesidad es una enfermedad progresiva y ampliamente reconocida como causa de muchos otros problemas de salud. Esta desempeña un papel fundamental en el desarrollo de una serie de factores de riesgo y enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus de tipo 2, enfermedad osteoarticular y el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Factores que conllevan un aumento de morbilidad y mortalidad cardiovascular, así como un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Dentro de la epidemia de obesidad, la obesidad severa y mórbida ($\text{IMC} > 35 \text{ kg/m}^2$) es un segmento en rápido crecimiento en el que estos efectos deletéreos son especialmente manifiestos y graves.

En este contexto, la cirugía se presenta actualmente como el tratamiento más útil y la única opción a largo plazo para esta población, habiendo demostrado ser muy eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades, con

una superioridad clara con respecto a los tratamientos médicos (conservador y farmacológicos).

Además, se ha de tener en cuenta que el paciente obeso sufre discriminación y estigma social que condicionan un impacto negativo sobre su calidad de vida, siendo éste mayor en el paciente con obesidad severa al encontrado en otras enfermedades crónicas. Si bien los beneficios clínicos de la cirugía bariátrica en cuanto a pérdida de peso y resolución de comorbilidades están bien definidos, no sucede lo mismo con el impacto sobre la CVRS.

Existen distintos procedimientos de cirugía bariátrica. Las dos técnicas más extendidas a día de hoy son el bypass gástrico y la gastrectomía tubular.

El bypass gástrico (RYGB) es la técnica más realizada y considerada el gold standard de la cirugía bariátrica. Se trata de una técnica “mixta” ya que combina un componente restrictivo con otro malabsortivo.

La gastrectomía tubular (SG) es una técnica en auge. Se trata de una técnica quirúrgica puramente restrictiva.

Calidad en cirugía bariátrica

Hasta hace unos años, el uso de diferentes parámetros para informar acerca de la pérdida de peso y resolución de comorbilidades, así como la ausencia de encuestas e instrumentos específicamente diseñados para medir la calidad de vida en el paciente obeso dificultaban la evaluación de los resultados de la cirugía bariátrica y esto condicionaba la inexistencia de unos estándares de comparación.

En 1991, la conferencia de consenso del NIH identificaron este como uno de los problemas más importantes a la hora de analizar series de casos. En respuesta a estas necesidades en 1991 se desarrolló el Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS), que fue modificado en 2009, como un sistema de análisis de resultados estandarizado para el paciente obeso, en el que se tenía en cuenta la pérdida de peso, mejora de comorbilidades e impacto en la calidad de vida.

Si bien los indicadores que se medían han evolucionado desde entonces, su existencia ha permitido que, a día de hoy, a pesar de la complejidad del problema del paciente obeso, podamos tener unos criterios de calidad medibles que definen la buena práctica clínica en cirugía bariátrica y que nos permiten contrastar resultados mediante indicadores objetivos:

Para cuantificar la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica, desde 1981 se propuso

la utilización del porcentaje de sobrepeso perdido ($\%EWL = (\text{peso inicial} - \text{peso final} / \text{peso inicial} - \text{peso ideal}) \times 100$), sin embargo, desde 2012 se postuló que un valor más homogéneo y con menor variabilidad es el porcentaje de peso total perdido ($\%TWL = (\text{peso inicial} - \text{peso final} / \text{peso inicial}) \times 100$), ya que permite comparar distintas series sin el sesgo que supone el IMC inicial del paciente. A pesar de que la cirugía bariátrica se ha erigido como el tratamiento más efectivo para la pérdida de peso del paciente con obesidad severa, no hay mucha evidencia de la evolución a largo plazo (5 años) de esta pérdida de peso y de los factores que la influyen. La mayoría de los trabajos en la literatura reportan resultados a corto plazo (1-3 años) siendo preciso realizar seguimientos más prolongados para conocer el verdadero efecto de estas intervenciones.

El impacto de la cirugía bariátrica en lo relacionado a la CVRS, se encuentra menos establecido que en lo referente a la pérdida de peso y resolución de comorbilidades ya que existe una gran variabilidad de resultados en la bibliografía. Un factor que dificulta este esfuerzo es la falta de guías para la comunicación de los resultados a nivel psicosocial y la heterogeneidad de las encuestas utilizadas para medir la CVRS. En una reciente revisión sistemática se encontraron hasta 24 cuestionarios diferentes. De todos ellos, el más utilizado es el cuestionario SF-36, ampliamente difundido entre todas las especialidades médicas, lo que supone su principal limitación ya que no es un cuestionario dirigido al paciente obeso por lo que pasa por alto aquellas áreas de la CVRS que son específicas del paciente obeso: la imagen corporal y el estigma social. A pesar de que la mayoría de las publicaciones constatan una mejora significativa en la calidad de vida a corto y largo plazo, esta afirmación se basa en objetivos secundarios de estudios dirigidos a evaluar la pérdida de peso y resolución de comorbilidades tras la cirugía, mediante resultados obtenidos utilizando cuestionarios genéricos que no evalúan adecuadamente la complejidad psicosocial del problema del paciente obeso más allá de la pérdida de peso. Esta pérdida de peso por sí sola no deja de ser un indicador intermedio de la evolución del tratamiento, ya que el verdadero objetivo del tratamiento de la obesidad no es la pérdida de peso en sí, sino la mejoría de la calidad de vida y el descenso de la morbilidad asociada y mortalidad.

2 Objetivos

1. Comparar los resultados de pacientes intervenidos mediante bypass gástrico y gastrectomía tubular en cuanto a pérdida de peso a largo plazo utilizando los nuevos estándares para la publicación de resultados en cirugía bariátrica y valo-

rar el impacto que el seguimiento a largo plazo tiene sobre el mismo.

2. Constatar la mejora de CVRS de los pacientes con obesidad severa sometidos a cirugía bariátrica mediante el uso de cuestionarios específicamente dirigidos al paciente obeso. Analizar el impacto que la resolución de comorbilidades pueda tener.

3. Demostrar que el uso de instrumentos de medida estandarizados y específicamente diseñados para el paciente obeso nos ayuda a interpretar mejor los resultados de la cirugía y avanzar en el conocimiento de la enfermedad.

3 Metodología

Para la pérdida de peso se analizarán los datos de los pacientes obesos intervenidos mediante cirugía laparoscópica en la Clínica Universidad de Navarra entre Enero de 2009 y Diciembre de 2014. Siguiendo las recomendaciones de las publicaciones se determinará el %EWL y %TWL como mejores indicadores de pérdida de peso. Para el %EWL el peso ideal se determinará con aquel correspondiente a un IMC de 25. Para valorar el impacto del seguimiento se dividirá a los pacientes en 2 grupos, el grupo 1 serán los que acuden presencialmente a consulta a los 6 meses, 1, 2, 3, 4 y 5 años y el grupo 2 los pacientes con seguimiento interrumpido antes del año y posteriormente contactados telefónicamente. Se analizará separadamente a los pacientes según la técnica quirúrgica (SG vs RYGB).

Para medir la resolución de comorbilidades y cambios en CVRS se utilizarán los datos de 80 pacientes sometidos a cirugía bariátrica por vía laparoscópica en la Clínica Universidad de Navarra entre Enero de 2018 y Diciembre de 2019 y 20 controles a los que se realizarán las mismas medidas. Se utilizarán 3 encuestas que miden específicamente diferentes dimensiones del problema psicosocial del paciente obeso y se correlacionará con la resolución de comorbilidades: Para medir el impacto social del sobrepeso, se utilizará la Obesity-Related Psychosocial Problems Scale (Versión original: Karlsson, Taft, Sjostrom, Torgerson, & Sullivan, 2003; Versión española: Bilbao, Mar, Mar, Arrospide, Martínez de Aragon, & Quintana, 2009). Este instrumento mide de una forma breve (8 ítems) con una escala tipo Likert de 4 puntos la influencia del exceso de peso en diferentes áreas sociales. La fiabilidad de la muestra española es alta (0,93). Para medir la interiorización del estigma de la obesidad, se utilizará el Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) (Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2010. Versión española: Magallares et al., en prensa). El WSSQ es una escala tipo Likert de 5 puntos compuesta por 12 ítems que mide el grado en que una persona interioriza los estereotipos que

existen sobre las personas con obesidad. El WSSQ tiene una fiabilidad de 0,81 en la adaptación al castellano. Para medir calidad de vida relativa a la salud en las personas con obesidad se utilizará el Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire (MAQoL) (Moorehead, Ardelt-Gattinger, Lechner, & Oria, 2003; Versión española: Sauerland et al., 2009). El MAQoL es una escala muy corta (6 ítems) de 10 puntos que se focaliza en medir la influencia de la obesidad en diversas áreas vitales relevantes. La fiabilidad de la muestra española es alta (0,87). Para medir la resolución de comorbilidades se utilizarán los criterios oficiales de resolución (ADA, ASBMS). Además, se recogerán datos de nivel educativo y laboral para analizar su posible influencia.

Para el análisis estadístico de los datos se realizará un ANOVA factorial mixto (medidas repetidas), analizando los efectos de los grupos y su interacción. Para los contrastes post-hoc se utilizará el método de SNK. Se utilizarán los programas SPSS, R y STATA para la realización de todos los análisis estadísticos.

4 Bibliografía

1. Askari, A., Dai, D., Taylor, C., Chapple, C., Halai, S., Patel, K., Mamidanna, R., Munasinghe, A., Rashid, F., Al-Taani, O., Jain, V., Whitelaw, D., Jambulingam, P., & Adil, M. T. (2020). Long-Term Outcomes and Quality of Life at More than 10 Years After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Using Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obesity Surgery*, 30(10), 3968–3973. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04765-0>
2. Brethauer, S. A., Kim, J., el Chaar, M., Papasavas, P., Eisenberg, D., Rogers, A., Ballem, N., Kligman, M., & Kothari, S. (2015). Standardized Outcomes Reporting in Metabolic and Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 25(4), 587–606. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1645-3>
3. Colquitt, J. L., Pickett, K., Loveman, E., & Frampton, G. K. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 0. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003641.pub4>
4. Coulman, K. D., & Blazeby, J. M. (2020). Health-Related Quality of Life in Bariatric and Metabolic Surgery. *Current Obesity Reports*, 9(3), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00392-z>
5. De Luca, M., Angrisani, L., Himpens, J., Busetto, L., Scopinaro, N., Weiner, R., Sartori, A., Stier, C., Lakdawala, M., Bhasker, A. G., Buchwald, H., Dixon, J., Chiappetta, S., Kolberg, H. C., Frühbeck, G., Sarwer, D. B., Suter, M., Soricelli, E., Blüher, M., . . . Shikora, S. (2016). Indications for Surgery for Obesity and Weight-

Related Diseases: Position Statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obesity Surgery*, 26(8), 1659–1696. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2271-4>

6. Lee, Y., Doumouras, A. G., Yu, J., Aditya, I., Gmora, S., Anvari, M., & Hong, D. (2019). Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Versus Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. *Annals of Surgery*, 273(1), 66–74. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000003671>

7. Oria, H. E., & Moorehead, M. K. (1998). Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obesity Surgery*, 8(5), 487–499. <https://doi.org/10.1381/096089298765554043>

8. Oria, H. E., & Moorehead, M. K. (2009). Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(1), 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.10.004>

9. Sabench Pereferer, F., Domínguez-Adame Lanuza, E., Ibarzabal, A., Socas Macías, M., Valentí Azcárate, V., García Ruiz de Gordejuela, A., García-Moreno Nisa, F., González Fernández, J., Vilallonga Puy, R., Vilarrosa García, N., & Sánchez Santos, R. (2017). Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. *Cirugía Española*, 95(1), 4–16. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.09.007>

10. Shubeck, S., Dimick, J. B., & Telem, D. A. (2018). Long-term Outcomes Following Bariatric Surgery. *JAMA*, 319(3), 302. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.20521>

11. Vries, C. E. E., Kalff, M. C., Prinsen, C. A. C., Coulman, K. D., Haan, C., Welbourn, R., Blazeby, J. M., Morton, J. M., & Wagensveld, B. A. (2018). Recommendations on the most suitable quality-of-life measurement instruments for bariatric and body contouring surgery: a systematic review. *Obesity Reviews*, 19(10), 1395–1411. <https://doi.org/10.1111/obr.12710>

Capítulo 9

DOLOR TORÁCICO. PONIENDO EN VALOR LA ERGOMETRÍA CONVENCIONAL

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ZOSER SAURA CARRETERO

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

La cardiopatía isquémica es la principal causa de mortalidad en gran parte de los países desarrollados.

Su incidencia y prevalencia son crecientes, y este hecho se relaciona con sus factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquismo, sobrepeso u obesidad, sedentarismo... Cuya incidencia aumenta descontroladamente en los países desarrollados desde hace décadas.

El estudio de la cardiopatía isquémica puede ser complejo, especialmente en la fase precoz en que se manifiesta de forma larvada, crónica y progresiva, antes de que ocurra un cuadro agudo. Es fundamental el estudio y diagnóstico en esta fase, antes del desarrollo de un evento potencialmente letal.

Entre las pruebas fundamentales para su estudio, encontramos las provocadoras de isquemia. Entre ellas, la más antigua es la ergometría convencional.

La ergometría convencional se basa en un principio sencillo: someter al corazón a una sobrecarga fisiológica (ejercicio) o farmacológica, progresiva que aumente la exigencia al corazón y la FC, a fin de valorar la respuesta de este.

En casos de enfermedad coronaria, que no produce isquemia en reposo, con esta prueba podemos demostrar que la misma sí ocurre con el esfuerzo. Esta isquemia se valora clínicamente (por la reproducción de clínica de angina) y eléctricamente (por la aparición de alteraciones en ECG).

2 Objetivos

Poner en valor la ergometría convencionalmente que, por tratarse de una prueba clásica, queda ocasionalmente olvidada, pero constituye una prueba fundamental en el estudio de la cardiopatía isquémica.

3 Caso clínico

Presentamos la historia de un varón de 57 años con antecedentes de cardiopatía isquémica.

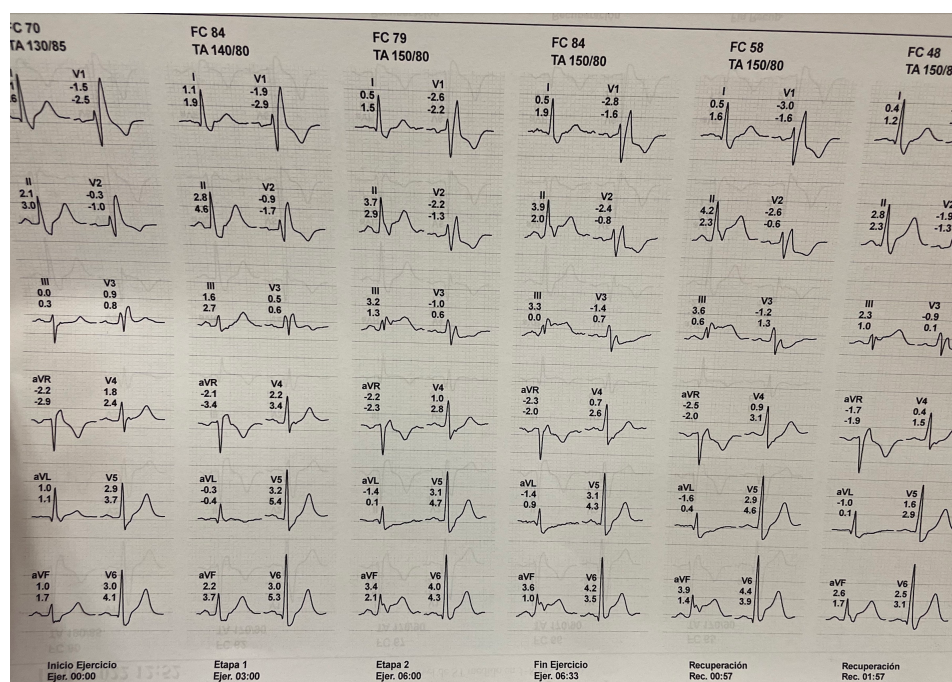
Como factores de riesgo cardiovascular, se trata de un paciente hipertenso, fumador, obeso y con vida sedentaria que presentó un infarto agudo de miocardio hace 1 año. Debutó como un Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del Segmento ST (SCACEST), secundario a una obstrucción de la Arteria Descendente Anterior (DA). En el cateterismo emergente que se realizó se constató la oclusión de la DA como arteria responsable del infarto (que se trató con implante de 2 stents farmacológicos) y se evidenció una lesión moderada en la A. Coronaria Derecha (CD) no susceptible de tratamiento en dicho momento.

Al alta, ni el ecocardiograma transtorácico (ETT) ni el electrocardiograma presentaban alteraciones significativas.

En el seguimiento posterior, el paciente mejoró el control de sus factores de riesgo, reduciendo peso y abandonando por completo el hábito tabáquico y mantuvo una buena adherencia terapéutica. Sin embargo, meses después del evento anterior, comenzó a referir clínica con el esfuerzo: opresión cervical y en hombro derecho de minutos de duración ante situaciones de nerviosismo y al comenzar a caminar, pero que cede al continuar la marcha.

Se consideró inicialmente una clínica atípica por su localización y desencadenantes que, sin embargo, al ser persistente, llevó a realizar estudio.

Se solicitó Ergometría convencional, esperando un resultado negativo que descartara patología, pero se obtuvo el siguiente resultado: el paciente reproduce la clínica descrita de opresión cervical y en hombro, con idénticas características a la presentada en domicilio, acompañada de sudoración profusa desde el minuto 4 de ejercicio (bajo protocolo estandarizado de Bruce) y presenta las alteraciones electrocardiográficas que acompañan (Fig. 1). Se detuvo la prueba y se indicó nuevo cateterismo que demostró progresión de enfermedad coronaria sobre la arteria CD que ya presentaba enfermedad.



4 Discusión-Conclusión

La Cardiopatía isquémica es una enfermedad crónica y como tal, progresa. La clínica clásica es fácilmente reconocible, pero ocasionalmente presenta manifestaciones más atípicas que complican el diagnóstico. Su desarrollo y progresión está condicionado por sus factores de riesgo, cuyo control ayuda a reducir las recurrencias.

En este paciente que se presenta, con un estudio angiográfico reciente y buen control posterior, la sospecha inicial de progresión de la enfermedad, con una clínicas, además de características atípicas, es baja.

La ergometría es una prueba tradicional, cuya utilidad habitualmente se infraestima.

En este caso, sin embargo, es claramente positiva y permite el diagnóstico y la indicación de un nuevo procedimiento y tratamiento del paciente, a tiempo, evitando un potencial evento agudo grave.

Resaltamos la utilidad de esta prueba y su importancia como herramienta habitual.

5 Bibliografía

1. Kudlicki J, Kutarski A, Trojnar R, Rumiński W. Cycle-ergometer exercise test in the diagnosis of myocardial ischemia. *Pol Tyg Lek.* 1977 ;32(17): 627-30. PMID: 866239.
2. Kaminsky LA, Whaley MH. Evaluation of a new standardized ramp protocol: the BSU/Bruce Ramp protocol. *J Cardiopulm Rehabil.* 1998;18(6):438-44. doi: 10.1097/00008483-199811000-00006.
3. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. Guía ESC 2019 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios crónicos. *Rev Esp Cardiol.* 2020; 73(6): 495.e1-e61. doi:10.1016/j.recesp.2019.10.032.

Capítulo 10

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR A NIVEL HOSPITALARIO

ZOSER SAURA CARRETERO

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

La taquicardia ventricular es la aparición de tres o más latidos ventriculares consecutivos, a una frecuencia mayor de 120 latidos por minuto, aunque algunos expertos prefieren el valor de corte de mayor a 100 latidos por minuto.

Los síntomas de la taquicardia ventricular pueden ser muy heterogéneos, y dependerán sobre todo de la duración y estado basal y comorbilidades de los pacientes. La mayoría de los pacientes con taquicardia ventricular presentar mareos, palpitaciones, dolor torácico o disnea, pudiendo incluso desencadenar episodios sincopales o parada cardiorrespiratoria.

La mayoría de los pacientes con taquicardia ventricular presentan de base una cardiopatía significativa, como pueden ser el infarto de miocardio, miocarditis

o miocardiopatía. Son factores que contribuyen a su desarrollo los trastornos electrolíticos (como pueden ser la hiper o la hipopotasemia, la hiper o la hipomagnesemia), hipoxemia, acidemia y toxicidad por fármacos.

EL diagnóstico de la taquicardia ventricular se realiza con ECG. Toda taquicardia con complejos QRS anchos (QRS mayor de 0,12 segundos, debe considerarse una taquicardia ventricular hasta que se demuestre lo contrario.

El diagnóstico electrocardiográfico de una taquicardia regular de QRS estrecho constituye un verdadero reto. Si el paciente se encuentra estable, es fundamental agotar todos los elementos diagnósticos necesarios, ya que una conclusión errónea puede aumentar la morbimortalidad de los pacientes. La mayoría de las taquicardias que se presentan con QRS ancho son taquicardias ventriculares (TV), pero no siempre.

2 Objetivos

Revisar el manejo diagnóstico y terapéutico de la taquicardia ventricular a través de un caso clínico en urgencias hospitalarias con estabilidad hemodinámica.

3 Caso clínico

Varón de 48 años, hipertenso, diabético tipo 2, dislipémico, fumador, hábito enólico ocasional, obeso, con cardiopatía isquémica crónica con enfermedad arterial coronaria de 3 vasos (lesiones severas en arterias descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha), con revascularización quirúrgica mediante bypasses de arteria mamaria interna a descendente anterior, safena a circunfleja y coronaria derecha, con buen resultado final.

El paciente que consulta en urgencias hospitalarias por palpitaciones de 8 horas de evolución. A su llegada pálido, sudoroso, con tensión arterial 90/60 mm Hg, SO₂ 93 %, FC 140 lpm. Exploración física: regular estado general, consciente y orientado en las 3 esferas, leve taquipneico con gafas nasales a 2 litros por minuto, afebril, estable hemodinámicamente. Auscultación cardiopulmonar taquicárdico, sin soplos aunque con crepitantes bibasales.

En el ECG se observa fibrilación auricular a 140 lpm. En este contexto, en Urgencias se administra 150 mg de flecainida y 5 mg de bisoprolol via oral, tras lo que se objetiva taquicardia de QRS ancho, regular, a 300 lpm, asociando hipotensión,

por lo que se realiza cardioversión eléctrica a 200 J, con reversión a ritmo sinusal y con estabilidad clínica y hemodinámica.

Radiografía de tórax con índice cardiorácico aumentado, con infiltrados alveolares y abundantes líneas B de Kerley en ambos campos pulmonares. Analítica de sangre con troponina T de 110, pro-BNP de 2300, leucocitosis de 11000, con iones normales.

Revisando el ECG, se aprecia una taquicardia regular con QRS de 140 ms, con morfología de bloqueo de rama derecha y eje inferior, que no cumple claros criterios de Brugada para TV. En aVL parece apreciarse actividad auricular regular. En el ECG de base, ritmo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha. Ecocardiograma y cateterismo normales. Finalmente, se diagnostica de flutter auricular IC con conducción aberrante tras administración de flecainida.

4 Discusión-Conclusión

Una taquicardia regular de QRS ancho se debe considerar inicialmente como de origen ventricular, dado el mal pronóstico que implica esta posibilidad. Dado que algunos pacientes toleran bastante bien la taquicardia ventricular, resulta un error llegar a la conclusión de que una taquicardia con complejos QRS anchos que el paciente tolera bien debe deberse a un origen supraventricular.

En caso de haber antecedentes de enfermedad coronaria (como IAM previo, angina de pecho, cardiopatía dilatada) el origen será en la mayoría una taquicardia ventricular. Otros datos sugestivos de un origen ventricular de la taquicardia son un QRS de más de 140 ms, desviación extrema del eje o disociación auriculo-ventricular.

5 Bibliografía

1. Alzand BS, Crijns HJ. Diagnostic criteria of broad QRS complex tachycardia: decades of evolution. *Europace* 2011; 13:465-72.
2. Miller J, Das M. Differential diagnosis for wide QRS complex tachycardia. En: Zipes D, Jalife J, editores. *Cardiac electrophysiology: from cell to bedside*. 5.a ed. Filadelfia: Elsevier International; 2010. p. 823-31.
3. Wellens HJ, Bar FW, Lie KI. The value of the electrocardiogram in the differential diagnosis of a tachycardia with a widened QRS complex. *Am J Med*, 1978;64: 27-33.

Capítulo 11

LLEGANDO AL DIAGNÓSTICO DE LA TAQUICARDIA TRAS ADMINISTRAR ADENOSINA

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ZOSER SAURA CARRETERO

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

1 Introducción

La taquicardia paroxística supraventricular es una taquiarritmia que se origina por mecanismos anormales en cualquier parte de las aurículas y proximalmente a la bifurcación del haz de His. Se suele presentar como una taquicardia de QRS estrecho con ritmo regular. Generalmente este tipo de taquicardia es bien tolerada, pero si la frecuencia es demasiado elevada o si la arritmia se prolonga, puede presentarse clínica de insuficiencia cardíaca.

En una atención inicial en pacientes que se presentan con esta arritmia si no hay signos de repercusión hemodinámica, deben realizarse maniobras de estimulación vagal como el masaje del seno carotídeo y si estas son inefectivas se recomienda la administración de Adenosina. Ambas estrategias pueden ayudar en

el diagnóstico en situación en las que el electrocardiograma durante la taquicardia no sea claro.

Hay varias posibles respuestas de la taquicardia de complejo QRS estrecho a las maniobras vagales y la adenosina:

La primera de ellas puede ser una disminución de la conducción del nodo aurículoventricular (NAV) e inducción de bloqueo aurículoventricular (AV) intermitente. De esta forma se desenmascara la actividad eléctrica y se revelan ondas P disociadas, como sucede en la taquicardia auricular focal, aleteo auricular u ondas de fibrilación auricular.

La segunda respuesta es una disminución temporal de la frecuencia auricular de las taquicardias automáticas, como en la taquicardia auricular focal, la taquicardia sinusal y la taquicardia ectópica de la unión.

La tercera respuesta puede ser la finalización de la taquicardia, cuando se interrumpe el circuito de reentrada, típico en la taquicardia por reentrada del NAV o en la taquicardia por reentrada AV al actuar en el NAV, que es parte del circuito. En las taquicardias sinusales por reentrada y en las taquicardias auriculares por actividad desencadenada, de una forma menos frecuente la Adenosina podría disminuir la frecuencia y finalizar la arritmia.

La última respuesta podría ser que la Adenosina no produjera efecto alguno, como en el caso de las taquicardias ventriculares.

2 Objetivos

- Repasar la estrategia de tratamiento inicial en las taquicardias supraventriculares para llegar a un correcto diagnóstico diferencial.
- Definir la utilidad de la administración de Adenosina en las taquicardias supraventriculares para realizar un correcto diagnóstico diferencial de la arritmia.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 50 años, hipertenso y diabético, sin cardiopatía previa conocida, en tratamiento oncológico por un tumor vesical recientemente diagnosticado.

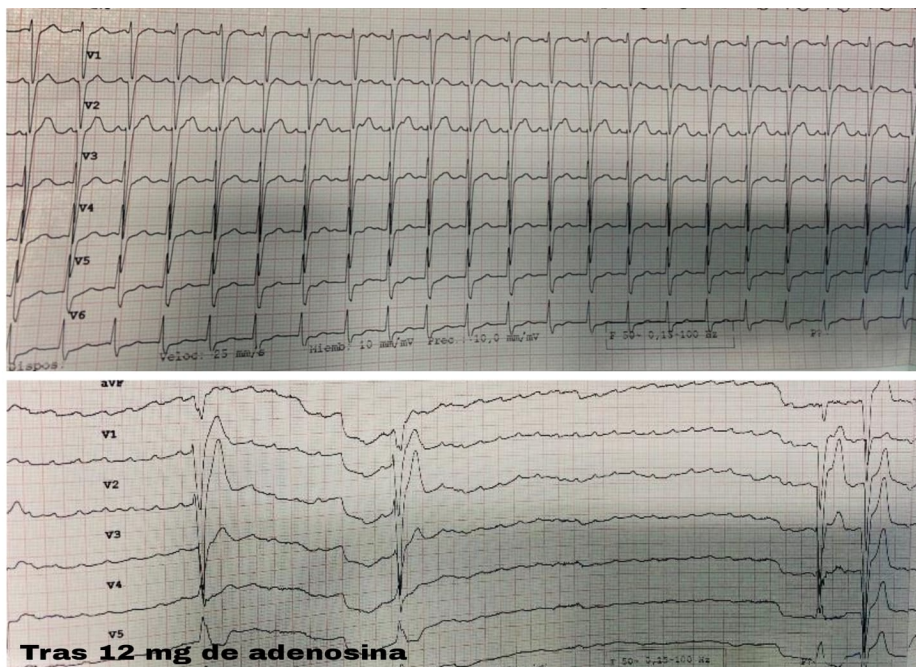
Acude a Urgencias por clínica de palpitaciones intermitentes, sin relación con los esfuerzos desde hace 4-5 meses, motivo por el que ha consultado en varias ocasiones, realizando electrocardiogramas al llegar a Urgencias, sin conseguir identificar la arritmia. Ha sido valorado en consultas de cardiología realizándose un ecocardiograma en el que se descarta cardiopatía estructural.

Acude de nuevo a Urgencias por clínica de palpitaciones, disnea y dolor torácico, realizándose electrocardiograma en el que se identifica una taquicardia regular de QRS estrecho a 140 lpm, con actividad auricular visible pero siendo difícil de valorar el diagnóstico exacto de la arritmia debido a la alta frecuencia cardíaca.

En primer lugar dado que el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, se decide efectuar masaje del seno carotídeo, no siendo efectivo, por lo que a continuación se inyectan 12 mg de Adenosina iv, produciéndose un BAV completo, lo que permite identificar claramente la actividad auricular de la taquicardia, objetivándose ondas P seguidas de un intervalo isoelectrico, siendo altamente sugestivo de taquicardia auricular.

Se administran betabloqueantes y perfusión de flecainida intravenosa persistiendo la taquicardia, por lo que finalmente tras no ser efectivos los fármacos administrados para la finalización de la arritmia se decide realizar una cardioversión eléctrica en Urgencias, consiguiendo la reversión a ritmo sinusal del paciente.

Al alta se prescribieron betabloqueantes vía oral y fue valorado posteriormente en consulta, refiriendo palpitaciones de forma ocasional, que no limitaban la actividad diaria del paciente. Se decide solicitar Holter de 24 horas, en el que se se objetivan algunas salvas auriculares cortas, de entre 5-6 latidos, siendo sintomáticas sólo algunas de ellas, por lo que se decide mantener tratamiento betabloqueante sin optar en ese momento por otras estrategias más agresivas.



4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico diferencial de las taquicardias de QRS estrecho en muchas ocasiones es complicado, debido a la frecuencia cardíaca elevada con la que se presentan. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar maniobras vagales en caso de estabilidad hemodinámica del paciente, y si estas maniobras son inefectivas, se puede administrar Adenosina, un fármaco que produce un bloqueo ganglionar auriculoventricular transitorio. Esto es de valor terapéutico en la conversión a ritmo sinusal de la mayoría de las taquicardias supraventriculares paroxísticas, que involucran el nodo auriculoventricular en un circuito reentrante. Este fármaco tiene la ventaja de un rápido metabolismo y brevedad de acción, con una vida media de unos pocos segundos, lo que le confiere un buen perfil de seguridad.

5 Bibliografía

1. Kotadia, I. D., Williams, S. E., & O'Neill, M. (2020). Supraventricular tachycardia: An overview of diagnosis and management. Clinical medicine (London,

- England), 20(1), 43–47. <https://doi.org/10.7861/clinmed.cme.20.1.3>
2. Ahmad, F., Abu Sneineh, M., Patel, R. S., Rohit Reddy, S., Llukmani, A., Hashim, A., Haddad, D. R., & Gordon, D. K. (2021). In The Line of Treatment: A Systematic Review of Paroxysmal Supraventricular Tachycardia. *Cureus*, 13(6), e15502. <https://doi.org/10.7759/cureus.15502>
3. Robles Velasco, P., Monedero Sánchez, I., Rubio Caballero, A., Chichakli Cela, M., & González Doforno, Y. (2018). Adenosine administration in supraventricular tachycardia. *Netherlands heart journal : monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*, 26(4), 217–218. <https://doi.org/10.1007/s12471-017-1032-x>
4. Singh, A., Museedi, A. S., & Grossman, S. A. (2021). Acute Coronary Syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Capítulo 12

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE LOCALIZACIÓN GÁSTRICA

ANA ISABEL GIL LIÑAN

LAURA LORENTE GEA

MARIA ANGELES PANIZA MENDOZA

1 Introducción

El GIST es el tumor mesenquimal más frecuente en el tracto gastrointestinal. Se origina a partir de la células intersticiales de Cajal dentro de los plexos mioentéricos de la muscular propia. Términos como tumor de músculo liso de potencial maligno incierto o tumor de músculo liso gastrointestinal ya no se utilizan.

El órgano más frecuente afectado es el estómago, seguido de yeyuno e íleon, duodeno, recto, colon, apéndice y en último lugar esófago. Su localización fuera del tracto gastrointestinal engloba mesenterio, omento, retroperitoneo o pleura. Afecta por igual a ambos sexos, siendo su pico de incidencia de presentación entre 60-65 años.

El pronóstico depende del tamaño del tumor, índice mitótico y sitio de origen.

La mayoría son de etiología esporádica, con un pequeño porcentaje de casos familiares.

Mutaciones activadoras en el protooncogén KIT (75 %) o receptor- α del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFR- α) (10 %) son las más frecuentes.

observadas. Más recientemente identificadas y menos conocidas son NF1, o mutaciones en la vía RAS/RAF/ MEK. Casos de localización gástrica y sobre todo en mujeres menores de 40 años han sido relacionados con una Succinato Deshidrogenasa deficiencia. Forma parte de la triada de Carney (Gist, condroma pulmonar y paraganglioma), así como también puede aparecer en la Neurofibromatosis tipo 1 (NF1).

El tratamiento consisten en extirpación quirúrgica y /o Imatinib.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es presentar un caso clínico de un paciente con Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST) y ahondar en su comprensión y en su estudio en base a las últimas publicaciones descritas en la literatura científica.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 80 años que acude al servicio de Digestivo por episodios de dolor abdominal y melenas, sin vómitos acompañantes ni síndrome constitucional. Se realiza esófagogastroscoopia y se observa en curvatura mayor a nivel de cuerpo medio gástrico, una gran lesión redondeada, bien delimitada de al menos 5 cm, con vascularización superficial con grueso y corto pedículo de implantación sobre pared gástrica, que impresiona de submucosa, con un área de erosión superficial sin signos de sangrado actual. Se realiza biopsia y se tinea, no observándose lesiones en esófago, fundus ni antro.

La biopsia endoscopia remitida al servicio de anatomía patológica se informa como fragmentos superficiales de mucosa gástrica con cambios hiperplásicos y reactivos asociados a inflamación crónica y aguda con eosinófilos, tejido de granulación y abundantes haces de músculo liso.

Se especifica que no se reconoce submucosa en el material remitido ni lesión tumoral.

Se realizan otras pruebas de imagen como TAC abdominal que informa de masa sólida heterogénea, con áreas de aspecto hemorrágico y quístico a nivel de cuerpo gástrico. No se observa adenopatías ni otras lesiones sospechosas en otros órganos abdominales. La lesión es categorizada radiológicamente de tumor submucoso, probable GIST.

Se decide extirpación quirúrgica en comité de tumores y se recibe en el servicio de anatomía patológica pieza de resección gástrica parcial (cuerpo) de 11cm, identificándose una formación tumoral de 5x6 x9.5 cm, de crecimiento endofítico,

superficie rugosa que alcanza la serosa sin romperla. La tumoración es nodular, bien delimitada, sólida, de color pardo con áreas blanquecinas en su espesor, identificándose una área quística de 2cm con líquido marrónáceo, y macroscópicamente no alcanza margen de resección.

En el estudio histológico se observa una neoplasia de estirpe mesenquimal constituida por células de aspecto fusiformes predominantemente dispuestas en un patrón sincitial y con presencia de células de aspecto epitelioides en menor cantidad en un patrón en nidos. Se observan 2 mitosis por 50 CGA examinados y no se observa necrosis, si focal hemorragia y degeneración quística.

Se realiza un amplio panel de marcadores inmunohistoquímicos que incluyen : Actina (SMA), Actina (HHF35), Desmina, S-100, C-KIT (CD117), DOG 1, CKAE1-AE3, Vimentina, CD34, BCL-2, STAT 6 y ki67. El estudio resulto positivo para CD117 (patrón de membrana, citoplasmático y dot-like perinuclear) y para DOG 1.

La determinación inmunohistoquímica nos ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con entidades como (principalmente): leiomioma, schwannoma o tumor fibroso solitario.

Teniendo en cuenta las características macroscópicas, microscópicas e inmunohistoquímica, se realiza el diagnóstico Tumor del Estroma Gastrointestinal GIST de bajo riesgo.

4 Discusión-Conclusión

El GIST es macroscópicamente un tumor bien circunscrito, nodular, centrado dentro de la muscular propia, con un tamaño medio de 6 cm, que tiene una superficie de corte carnosa, de color rosado que puede mostrar áreas de hemorragia o degeneración quística.

Desde el punto de vista histológico se reconocen 3 subtipos morfológicos: fusocelular, epitelioides y mixto.

El fusocelular se caracteriza por células fusiformes con citoplasma débilmente eosinofílico que se disponen en un patrón sincitial, con núcleos alargados con nucleolos discretos.

El epitelioides se compone de células redondas con citoplasma claro a eosinofílico, dispuestas en nidos o láminas, y con mayor tendencia al pleomorfismo que el subtipo fusiforme. Dentro de ambos pueden hacer diferenciaciones histológicas tipo esclerosante, empalizada, vacuolado, hiper celular, discohesivo y sarcomatoides con atipia y actividad mitótica significativa.

El subtipo Mixto esta compuesto por una mezcla de las células observadas en los dos anteriores.

Su pronóstico dependerá de :localización en el tubo digestivo, su tamaño (menor o igual a 2cm, entre 2 y 5 , 5 y 10 o mayor de 10 cm) e índice de mitosis por 50 CGA (menor o igual a 5 frente a mayor de 5).

Se clasificaran en muy bajo riesgo, riesgo bajo, moderado y alto (Grados de Riesgo de progresión de enfermedad). Mayor riesgo de recurrencia tienen además los casos de ruptura intraoperatoria del tumor, y la incompleta resección con márgenes afectos.

5 Bibliografía

- 1.Miettinen, M., & Lasota, J. (2006). Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. *Seminars in diagnostic pathology*, 23(2), 70–83.
- 2.Hirota, S., Isozaki, K., Moriyama, Y., Hashimoto, K., Nishida, T., Ishiguro, S., Kawano, K., Hanada, M., Kurata, A., Takeda, M., Muhammad Tunio, G., Matsuzawa, Y., Kanakura, Y., Shinomura, Y., & Kitamura, Y. (1998). Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science (New York, N.Y.)*, 279(5350), 577–580.
- 3.Heinrich, M. C., Corless, C. L., Duensing, A., McGreevey, L., Chen, C. J., Joseph, N., Singer, S., Griffith, D. J., Haley, A., Town, A., Demetri, G. D., Fletcher, C. D., & Fletcher, J. A. (2003). PDGFRA activating mutations in gastrointestinal stromal tumors. *Science (New York, N.Y.)*, 299(5607), 708–710.
- 4.Gill, A. J., Chou, A., Vilain, R., Clarkson, A., Lui, M., Jin, R., Tobias, V., Samra, J., Goldstein, D., Smith, C., Sioson, L., Parker, N., Smith, R. C., Sywak, M., Sidhu, S. B., Wyatt, J. M., Robinson, B. G., Eckstein, R. P., Benn, D. E., & Clifton-Bligh, R. J. (2010). Immunohistochemistry for SDHB divides gastrointestinal stromal tumors (GISTs) into 2 distinct types. *The American journal of surgical pathology*, 34(5), 636–644.
- 5.Miettinen, M., Sobin, L. H., & Lasota, J. (2005). Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. *The American journal of surgical pathology*, 29(1), 52–68.
6. Miettinen, M., Wang, Z. F., & Lasota, J. (2009). DOG1 antibody in the differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a study of 1840 cases. *The American journal of surgical pathology*, 33(9), 1401–1408.

Capítulo 13

TAPONAMIENTO CARDIACO COMO MANIFESTACION DE UN DERRAME PERICÁRDICO SEVERO

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ZOSER SAURA CARRETERO

1 Introducción

El derrame pericárdico es la acumulación de más de 50 mililitros de líquido en el espacio pericárdico.

Su etiología es muy diversa ya que puede ser de causa idiopática o deberse a enfermedades primarias del pericardio, como las pericarditis de cualquier etiología, por enfermedades sistémicas como el infarto agudo de miocardio y la rotura cardiaca contenida, hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica, infiltración neoplásica, inflamación autoinmune, lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide, o por cirugía cardiaca, hemorragia intrapericárdica, enfermedades metabólicas, transudación serosa (anasarca) y quilo-pericardio, entre otras.

En los países desarrollados la principal causa es la idiopática, seguida del cáncer, las infecciones, iatrogenica y las colagenosis.

El estudio diagnóstico del derrame pericárdico siempre debe guiarse por la epidemiología local y requiere alta sospecha clínica. Cuando el derrame pericárdico se complica con taponamiento cardiaco, constituye una emergencia médica que requiere identificación e intervención inmediatas.

El uso de la ecocardiografía transtorácica ha permitido detectar con mayor facilidad la presencia de derrame pericárdico y estimar su cuantía, mediante la sumatoria en telediástole, de los espacios pericárdicos anterior y posterior libres de ecos, clasificándose en tres grados de severidad: pequeño cuando es inferior a 10 mm, moderado entre 10-19 mm y grande de más de 20 mm.

2 Objetivos

- Conocer las manifestaciones clínica del taponamiento cardiaco, así como la importancia de su sospecha.
- Recaltar el manejo diagnóstico y terapéutico del derrame pericárdico severo.

3 Caso clínico

Varón de 45 años, originario de Marruecos, sin antecedentes personales conocidos, nunca había acudido a revisión médica previamente, ingresado en planta de Neumología desde hace 5 días por masa pulmonar a estudio (clínica de tos y hemoptisis), pendiente de descartar tuberculosis (ya que procedía de una zona endémica, aunque sin contacto de riesgo conocido), que de manera súbita presenta hipotensión, taquicardia y sudoración profusa.

A la exploración física, auscultación cardiaca taquicárdica, rítmica, sin soplos, sin roce pericárdico, auscultación pulmonar sin crepitantes, miembros inferiores sin edema ni fóvea, pulsos pedios conservados. Tensión arterial a su llegada 90/50 mmHg, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 35 respiraciones por minuto.

Se realiza analítica sanguínea sin alteraciones significativas, radiografía de tórax en la que se aprecia un índice cardiorácico aumentado de tamaño, sin pinzamiento de senos costofrénicos, masa pulmonar de 5 cm en lóbulo superior

izquierdo y patrón miliar bilateral pulmonar. Posteriormente, se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones en el que se objetiva taquicardia sinusal a 110 lpm con signos de alternancia eléctrica por lo que se realiza ecocardiografía transtorácica urgente a pie de cama con ecocardiógrafo portátil donde se objetiva presencia de derrame pericárdico severo que colapsa la aurícula derecha, el ventrículo derecho, con cavidades izquierdas normales y fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada. También presenta variaciones respirofásicas en los flujos valvulares mitral y tricuspideo superiores al 25 % confirmándose la presencia de derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardiaco. El paciente presentaba una ventana cardiaca con buen abordaje subcostal, por lo que se realiza pericardiocentesis evacuadora y diagnostica extrayendo un total de 800 centrolitros de líquido hemático, que se manda a analizar. Durante su estancia en planta estable sin complicaciones, asintomático en todo momento.

4 Discusión-Conclusión

El derrame pericárdico con taponamiento cardiaco, es poco frecuente en la práctica diaria, pero representa una emergencia médica vital que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato para evitar un desenlace fatal, así como el manejo de la enfermedad de base con el fin de evitar recurrencias y disminuir las complicaciones asociadas. Por lo tanto, es crucial identificar las causas posibles, para poder tratarlas.

El taponamiento cardiaco es una situación grave que puede poner en peligro la vida del paciente que la padece. En la mayoría de las ocasiones es necesario tomar una actitud urgente, consistente en realizar una pericardiocentesis y estabilizar al paciente.

5 Bibliografía

- 1.- A. Ristic, M. Imazio, A. Yehuda, A. Anastasakis, L.P. Badano, A. Brucato, et al. Triage strategy for urgent management of cardiac tamponade. *Eu Heart J.*, 35 (2014), pp. 2279-2284
- 2.- M.H. Khandaker, R.E. Espinosa, R.A. Nishimura, L.J. Sinak, N.S. Hayes, R.M. Melduni, et al. Pericardial disease: diagnosis and management. *Mayo Clin Proc.*, 85 (2010), pp. 572-593

Capítulo 14

MANEJO DEL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO

BELÉN PALACIOS ORTEGA

1 Introducción

La terapia de decúbito prono (DP) se encuentra actualmente en auge debido a la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que puede provocar la infección por Covid-19; la IRA incrementa de forma significativa la morbi-mortalidad de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI), así como la carga de trabajo para el personal o el consumo de recursos que requiere el cuidado del paciente.

El DP se lleva utilizando varios años para la mejora de la oxigenación en pacientes que requieren soporte ventilatorio mecánico o que se encuentran con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) 1-2, ya que se considera una técnica segura y a la que se le asocia un incremento significativo de la PaO₂ en un 60-80 % con SDRA que están con tratamiento con ventilación mecánica y PEEP 3.

A pesar de ello, en muchas unidades su uso es bastante infrecuente por lo que el consenso sobre la técnica y sobre los cuidados ayudaría a llevar a cabo la tarea de forma adecuada.

Ensayos clínicos aleatorizados demuestran que la terapia de DP mejora la oxigenación con respecto al decúbito supino (DS)⁴⁻⁵, no obstante, debe realizarse correctamente para evitar complicaciones potenciales ⁶, las cuales podemos categorizar de la siguiente manera:

- En relación con la maniobra de giro: salida accidental de catéteres, sondas o tubo orotraqueal.

- En relación con el DP: potenciales úlceras por presión (UPP), lesiones corneales y edemas.

La mayoría de los efectos adversos son evitables con una buena vigilancia y con la técnica correcta, aquí es donde el papel de la enfermería cobra mayor importancia, ya que mediante, una serie de cuidados preventivos antes, durante y después de la terapia, se disminuirá la incidencia de las complicaciones de forma significativa; sin olvidarlos de la detección temprana de las mismas, que nos permitirá disminuir la gravedad de estas e iniciar el tratamiento para paliarlas de forma rápida.

2 Objetivos

Definir una serie de cuidados básicos para el manejo, cuidado y prevención de complicaciones en pacientes sometidos a terapia DP.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática bibliográfica de material actualizado en bases de datos como: Pubmed, Cochrane library y Scielo, seleccionando en las mismas los artículos científicos (procedentes de revistas procedentes de publicaciones académicas revisadas).

4 Resultados

Para organizar los cuidados de una forma sencilla y fácil de seguir, se decidió presentarlos de forma cronológica a la realización de la maniobra:

1. Previo a la realización:

- Se recomienda suspender la nutrición enteral (NE) por lo menos una hora antes de la realización de la técnica para minimizar el riesgo de aspiración por vómitos. En el caso de que no haya sido posible, se recomienda conectarla a aspiración suave.
- Comprobar que el tubo oro-traqueal se encuentre bien sujeto y que la longitud de las tubuladuras del respirador sean lo suficientemente largas para permitir el giro.
- En las zonas que sufren mayor presión se colocarán apósitos hidrocoloides para prevenir la aparición de UPP (como son crestas iliacas, rodillas, genitales y pecho).

2. Una vez que está en decúbito prono:

- Mantener a los pacientes en posición anti-trendelenburg; realizando cambios posturales cada 2 horas en los cuales habrá que realizar: giro de la cabeza hacia el lado contrario, colocación del brazo contralateral al giro de la cabeza en la parte superior de la cama con la palma hacia abajo y brazo contrario a lo largo del cuerpo con la palma de la mano hacia arriba 7 (teniendo en cuenta las posibles limitaciones físicas que pueda tener cada sujeto en particular).
- Realizar las movilizaciones controlando en todo momento la posición de los dispositivos para evitar accidentes o retiradas accidentales.
- Administrar el tratamiento adecuado, así como mantener a los pacientes con la sedo-analgesia (e incluso relajación neuromuscular) controladas nos ayudará a mejorar el confort de estos ante la terapia.
- Realización de la higiene diaria (siempre que la situación lo permita se colocará al paciente en DS).
- Control exhaustivo de las constantes vitales (CV) del paciente.

3. Colocación en decúbito supino:

- Al igual que en el inicio de la técnica se deberá proceder de manera adecuada y segura.
- Mantener en todo momento la monitorización del paciente, así como el control sobre los dispositivos para evitar accidentes.
- Control exhaustivo de las constantes vitales (CV) del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, se trata de una técnica utilizada en las UCIs, que si se lleva a cabo de forma ordenada y coordinada resulta segura y beneficiosa para la mejora del paciente, por ello es de vital importancia que el personal participante en la técnica (el equipo completo que lleva a cabo la maniobra de giro) esté entrenado y de ese modo se evitan potenciales complicaciones.

También se debería realizar cursos de formación a personal nuevo que entre en la unidad para que conozcan el protocolo, así como los puntos clave a analizar a la hora de llevar a cabo la maniobra.

6 Bibliografía

1. Peniche MKG, Sánchez DJS, Castañeda VE, et al. Ventilación mecánica en decúbito prono: estrategia ventilatoria temprana y prolongada en SIRA severo por influenza. Med Crit. 2017;31(4):198-204.

2. Guérin C, Reignier J, Richard J-C, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013; 6;368(23):2159–68.
3. G. Rialp Cerver. Efectos del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). *Medicina intensiva*. 2003; 27(7) 481-487.
4. Sud S, Friedrich JO, Taccone P, et al. Prone ventilation reduces mortality in patients with acute respiratory failure and severe hypoxemia: systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2010; 36:585-99.
5. Broccard A, Shapiro RS, Schmitz LL, Adams AB, Nahum A, Marini JJ. Prone positioning attenuates and redistributes ventilator-induced lung injury in dogs. *Crit Care Med* 2000;28 :295-303.
6. Jové E, Villarrasa A, Ortiz D. Análisis de las complicaciones del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo: estándar de calidad, incidencia y factores relacionados. *Enferm intensiva*. 2017; 28(3):125-134.
7. Romero N, Sánchez A, Guijo E.M, Ceballos A, Quintana B. Decúbito prono: el papel fundamental de la enfermería en la realización y mantenimiento de esta técnica en las unidades de cuidados intensivos. *Rev Elec Port Médicos*. 2019; Nov.

Capítulo 15

LA DIGNIDAD HUMANA DEL PACIENTE ANESTESIADO

TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA

ALBA FERNÁNDEZ CÍA

MIREN ROS AÑON

MARÍA CORREAS MARÍN

OLAIA TORRES ERICE

1 Introducción

La práctica enfermera se define por el cuidado holístico de la persona. Como afirma S. Juan de Dios(1), el mundo asistencial es por definición un mundo humano y la introducción de la técnica debe estar al servicio de este mundo, pero jamás debe reemplazarlo. Con los últimos avances tecnológicos, en algunos ámbitos sanitarios se ha desarrollado una deshumanización de los cuidados que conlleva a que, en ocasiones, se atente contra la dignidad y derechos fundamentales de la persona.

El propósito del presente trabajo es reflejar la importancia del profesional de enfermería como defensor de la dignidad y derechos del paciente en aquellas circunstancias en las que la persona es más vulnerable, como es el caso de una anestesia general o sedación. Para ello, me basaré en los conceptos de persona y dignidad según Sto. Tomás de Aquino y expondré la importancia que tiene el

profesional de enfermería en el ámbito de la anestesia en la tarea de proveer unos cuidados de excelencia que tengan como prioridad la dignidad de la persona.

Como aparece en el código deontológico de la enfermería, el respeto de los derechos humanos, donde se incluyen el derecho a la vida y a la dignidad son inseparables de la enfermería.”(2)

Como afirma Martínez (3) la dignidad humana puede ser analizada bajo dos aspectos fundamentales: el primero, dignidad natural, por cuanto toda persona es digna según su naturaleza racional y por haber sido creado según la imagen y semejanza de Dios.

El segundo, la dignidad moral, que es la propia de los actos del hombre en lo que se refiere a las virtudes morales, por lo cual, una persona es digna en tanto en cuanto más virtuosos sean sus acciones.

Cuando hablamos del hombre y de su dignidad, sobre todo, queremos decir que el hombre, por ser un ser espiritual (en razón de su alma espiritual) posee una dignidad personal que lo hace único. Tomás de Aquino se refiere a la persona como la realidad más digna de toda naturaleza: “Persona est dignissimum in tota natura”(4). Es decir, la persona no vale sólo en cuanto miembro de una especie, ni sus actos valen en razón de eso, sino que el ser humano vale por sí mismo.

Según el Doctor Angélico, dignidad “significa la bondad de alguna cosa por causa de sí misma”(5) Es decir, la palabra dignidad hace referencia a la cualidad de una cosa en razón del bien que tiene y que lo hace digno de ser estimado, respetado o de ser útil para algo.

En otros autores, que han tenido gran repercusión en la profesionalización de la enfermería, podemos encontrar que siguen esta misma vertiente al referirse a la persona. Cuando Juan de Dios cuida, tiene presente la naturaleza del ser humano y afirma de este modo que la persona es valiosa en sí misma. (1)

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del respeto de la dignidad humana del paciente anestesiado.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros del mismo modo que se han consultado las bases de datos: Pubmed, CINAHL, UNIKA y Nursing@ovi.

Con el fin de obtener artículos relevantes sobre el área de estudio se han realizado búsquedas bibliográficas en Pubmed utilizando los boleanos “AND” y “OR” y se han añadido algunos filtros (Humanos, Texto completo y últimos diez años) para acotar los hallazgos. Finalmente se han seleccionado seis artículos. A continuación, se ha intentado ampliar la información obtenida buscando artículos en otras bases de datos. En CINAHL se han seleccionado dos artículos como resultado de combinar los términos “Anesthesia” y “dignity” con el boleano “AND”. En la base de datos UNIKA se han obtenido diecisiete artículos resultado de combinar “AND” con los términos “anesthesia”, “dignity” y “nurse”. De esta búsqueda se han seleccionado dos artículos. Para concluir, se han introducido los términos “anesthesia” AND “human dignity” en Nursing@Ovid y se ha obtenido un resultado que ya se ha encontrado anteriormente en Pubmed.

4 Resultados

La anestesia induce a un estado de inconsciencia que incluye la imposibilidad para comunicarse e implicarse en la situación (7). En este contexto, la enfermera de anestesia tiene un papel fundamental, dado que el paciente se encuentra mucho más vulnerable que en cualquier otra situación.

A este respecto, vamos a analizar aquellos aspectos que más valoran los pacientes cuando son sometidos a una intervención. Según Reeves et al. (8) una de las prioridades de los pacientes es el hecho de ser tratados con dignidad y respeto. Además, en otros estudios, podemos encontrar que aquellos pacientes que tienen la percepción de ser tratados con respeto y dignidad son más felices (9) y están más satisfechos con el cuidado recibido (10).

Este es un tema que ha preocupado mucho a todos los países del mundo como podemos comprobar con el siguiente ejemplo: en Noviembre de 2006, el Consejo Nacional de Dignidad del Reino Unido impulsó la campaña “The Dignity in Care”. Su objetivo fundamental fue poner como eje central de los servicios sanitarios la dignidad y el respeto.

La campaña incluyó el “Desafío dignidad”, dirigido a todos los profesionales

sanitarios, que puede ser aplicable tanto al departamento de anestesia como a cualquier otro lugar (11). En esta campaña se proponen las claves para proporcionar a los pacientes unos cuidados basados en la dignidad. Las personas al someterse a una anestesia general o sedación, deben renunciar al control sobre sus cuerpos y es la enfermera la que debe actuar como abogada y defensora de los derechos del paciente (7).

Muchos de los pacientes sometidos a una cirugía pueden tener un diagnóstico incierto y es muy posible que estén preocupados por el resultado de la intervención, el dolor post-operatorio o la recuperación. Por otro lado, algunos pacientes pueden tener otros factores adicionales que contribuyen al aumento de esta vulnerabilidad (12).

1. Intimidad:

La intimidad se considera la esfera personal de cada individuo. Ahí residen todos los valores humanos y personal y es un derecho imprescindible para el correcto desarrollo de la persona así como de la familia: del mismo modo que debe ser un entorno reservado a la curiosidad de los demás. (13)

Las personas que son sometidas a una intervención esperan que sus cuerpos sean tratados con el máximo respeto y por ello debemos procurar que en ningún momento se exponga ninguna parte íntima del paciente salvo que sea estrictamente necesario.

2. Comentarios hirientes:

Aquellas conversaciones que no se darían si el paciente estuviera despierto tampoco deben darse cuando el paciente está sedado o anestesiado, ya que es una persona con la misma dignidad. Todos los profesionales sanitarios debemos actuar y hablar teniendo en cuenta que lo que tenemos delante es una persona en toda su plenitud y dimensión física y espiritual.

3. Hablar como si el paciente no estuviera:

No podemos actuar como si el paciente fuera un sujeto pasivo que recibe únicamente cuidados. Se trata en todo momento de una relación bidireccional que involucra al paciente y a los profesionales sanitarios.

En un estudio realizado en Suecia por enfermeras de anestesia (7) se establecen cuatro pilares fundamentales que nos van a servir como guía para proveer a los pacientes unos cuidados basados en la dignidad humana.

1. Tratar al paciente con respeto:

Al contrastar nuestro caso con la bibliografía encontrada hemos descubierto diversos hallazgos. Según Baillie (14), cuando el paciente llega a quirófano el personal que se encuentra debe ser cortés. Es muy importante que la persona sienta que es tratada con respeto. Por ello, la enfermera puede tratar de imaginarse en el lugar del paciente y como le gustaría ser tratada en esa misma situación (7).

Muchas veces, sin ánimo de ofender, tratamos a los pacientes como si fueran inferiores a los profesionales con una especie de paternalismo que se acentúa con los pacientes de edad avanzada. El departamento de Salud de Reino Unido en la encuesta "The Dignity in Care" reveló que los pacientes desean que se les hable como a individuos y no como a niños (12).

Por otro lado, como señala Carlsson et al. (7) los comentarios acerca del paciente que se evitarían hacer si éste estuviera despierto, tampoco deben realizarse cuando la persona se encuentra anestesiada. Para finalizar con este punto, cuando el paciente se despierta es importante que se sienta involucrado en el cuidado y que se le brinde la oportunidad de tomar decisiones.

Estos detalles, que muestran el respeto que debemos tener hacia la persona que tenemos delante, son los que marcan la diferencia entre unos simples cuidados y unos cuidados de excelencia.

2. Establecer confianza:

La enfermera de anestesia es la primera persona que el paciente se encuentra cuando llega a la sala de intervención. Por ello, según Carlsson et al. (7) es importante que el profesional muestre confianza desde el primer contacto a través de la comunicación verbal y no verbal.

Esto se puede llevar a cabo con técnicas muy sencillas. En primer lugar, presentándose y preguntando al paciente como quiere que se le llame. Además, la enfermera debe explicar cada procedimiento que va a realizar. Por otro lado, mediante la comunicación no verbal también se puede establecer un clima de confianza. Mirando al paciente a los ojos, cogiéndole de la mano, etc. (15-18).

3. Defender los derechos del paciente:

Según Baillie et al. (12) La enfermera debe escuchar y tomar en serio las preocupaciones de los pacientes. Además, debe garantizar a la persona que se van a llevar a cabo todas las medidas para proteger su dignidad, consiguiendo de esta forma que la persona se encuentre tranquila y confiada.

En lo que se refiere a la intimidad de la persona, Marshall (19) destacó que los pacientes anestesiados confían en que el personal de quirófano va a mantener su

dignidad y seguridad en todo momento. Por ello, es muy importante prevenir que personas no autorizadas tengan acceso a los datos y registros del paciente. Los profesionales sanitarios, deben salvaguardar la intimidad del paciente evitando así cualquier exposición innecesaria.

Además, como afirma la autora, no es extraño que entre los profesionales se hagan comentarios despectivos sobre el tamaño, apariencia o salud mental de los pacientes. Esto es una falta de respeto y un atentado contra la dignidad de la persona y se debe actuar impidiendo que tenga lugar este tipo de situaciones.

4. Proporcionar autonomía al paciente:

Salvaguardar la autonomía del paciente no significa decidir qué es lo correcto para él, sino asegurarse de que sus necesidades se cumplen de acuerdo con los deseos expresados por la persona antes de ser sedada o anestesiada (7). Además, cuando el paciente se despierta, debemos tener en cuenta su opinión y hacerle participe del plan de cuidados. Es muy importante que el paciente sienta que sus palabras se tienen en cuenta y que posee capacidad de decisión.

5 Discusión-Conclusión

1. Como conclusión, defender la dignidad y derechos de la persona debe ser un aspecto central de los cuidados de enfermería. Además, cuando el paciente se encuentra en un medio quirúrgico y es anestesiado, es la enfermera la que debe tomar el papel de defender y abogar por que se lleven a cabo unos cuidados de calidad. Por ello, es necesario que la enfermera de anestesia posea buenos conocimientos científicos, habilidades técnicas y diferentes procedimientos anestésicos (7).

2. Debemos tener en cuenta asimismo que, independientemente de si un paciente está despierto o completamente anestesiado, es imprescindible mantener su dignidad ya que se trata de una persona y no de un simple procedimiento (14).

3. Coventry (20), señala que unos cuidados dignos implican una relación entre el cuidador y el paciente en los que se valore la autonomía, la verdad, la justicia y los derechos y responsabilidades de ambos. Consideramos que si todos los profesionales de enfermería basaran sus cuidados en estos principios, todos los pacientes recibirían unos cuidados de calidad.

4. Respecto al caso concreto que estamos abordando, las principales limitaciones con las que nos hemos encontrado han sido la escasez de bibliografía acerca del

tema y la dificultad de llevar a cabo un seguimiento del paciente. Por ello, no hemos podido evaluar la eficacia de las intervenciones propuestas.

5. No obstante, para concluir, al hilo de la reflexión anterior, señalamos la necesidad de realizar más estudios dirigidos a profundizar en el tema de la dignidad humana en el paciente anestesiado, ya que hay poca información acerca de este tema, muy relevante para la enfermería, que puede ayudar a fomentar un cuidado integral u holístico de los pacientes que, a su vez, debería repercutir en:

- Una mejora de la calidad de los servicios de anestesia.
- Una reducción del estrés inherente a cualquier intervención quirúrgica.
- Una mayor satisfacción tanto de los pacientes como de sus familias.

6 Bibliografía

1. Ventosa Esquinaldo F. Pensamiento de San Juan de Dios y la orden hospitalaria y su relación con la enfermería: conceptos y valores. 1ª ed. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios; 2012.
2. Consejo internacional de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería. 1953 2012;1.
3. Jean-Paul Martínez Z. La dignidad de la persona humana en Santo Tomás de Aquino. Una lectura moral acerca de la ancianidad. Chile: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso- Universidad Santo Tomás; 2012.
4. de Aquino T. Suma Teológica, Obras completas. bilingüe ed. Madrid: BAC; 1957.
5. Gómez gallego R. La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad: Universidad del Rosario; 2008.
6. Lobato Casado A. Dignidad y aventura humana. Salamanca: San Esteban; 1997.
7. Sundqvist AS, Carlsson AA. Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. Scand J Caring Sci 2013 Jun;28(2):281-288.
8. R. Reeves, A. Coulter, C. Jenkinson, J. Cartwright, S. Brusters, N. Richards. Development and pilot testing of questionnaire for use in the acute NHS Trust inpatient survey programme. Oxford: Picker Institute Europe; 2002.
9. Joffe S, Manocchia M, Weeks J, Cleary P. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. Journal of Medical Ethics 2003;29(2):103-108.
10. Beach M, Sugarman J, Johnson R, Arbelaez J, Duggan P, Cooper L. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? Annals of Family Medicine 2005;3(4):331-338.

11. Lord Darzi. High Quality Care For All - NHS Next Stage Review Final Report. London,; The Stationery Office; 2008.
12. Fahlberg B. Promoting patient dignity in nursing care. *Nursing* 2010 Jul 2014;44(7):14.
13. Consultorio Jurídico e información para el ciudadano. Disponible en: <http://www.webjuridico.net/hoi/hoi06.htm>.
14. L. Baillie. A case study of patient dignity in an acute hospital setting. London: South Bank University; 2007.
15. Schroeter K. Pain management: ethical issues for the perianesthesia nurse. *J Perianesth Nurs* 1999 Dec;14(6):393-397.
16. Membership of the Working Party,; Whitaker Chair DK, Booth H, Clyburn P, Harrop-Griffiths W, Hosie H, et al. Immediate post-anaesthesia recovery 2013: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 2013 Mar; 68(3):288-297.
17. Murphy JM. Clinical practice exemplar reflects a perioperative nurse's commitment to patient advocacy. *AORN J* 1996 Jul;64(1):106.
18. Mauleon AL, Palo-Bengtsson L, Ekman SL. Anaesthesia care of older patients as experienced by nurse anaesthetists. *Nurs Ethics* 2005 May;12(3):263-272.
19. Marshall C. The concept of advocacy. *British Journal of Theatre* 1994 4;2(11):11-3.
20. Coventry M. Care with dignity: a concept analysis. *J Gerontol Nurse* 2006;32:32-48.
21. Dos Santos Mde F, de Franca GV. Bioethics and anesthesia: a reflexive study of reports published in the Brazilian Journal of Anesthesiology. *Rev Bras Anesthesiol* 2011 Jan-Feb;61(1):121-127.

Capítulo 16

LA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS

LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE

BEATRIZ PLAZA CAMPOS

MERCEDES MARTÍNEZ VELA

ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO

1 Introducción

Estudios previos han hallado que 15 millones de bebés nacen antes de tiempo cada año, y más de 1 millón mueren a los pocos días o bien sufren discapacidades importantes ya sean físicas, neurológicas o educativas. Aunque pudiéramos pensar que estos problemas son más comunes en países subdesarrollados, se ha demostrado que cada vez son más frecuentes en países desarrollados como el nuestro, debido principalmente a que las mujeres tienen embarazos múltiples a partir de métodos de fertilidad, los partos inducidos y las cesáreas antes de tiempo. Aunque en la mayoría de los casos siguen siendo inexplicables.

Todos los prematuros son vulnerables y necesitan desde su nacimiento una atención especializada por parte de la madre a ser posible, por medio de la lactancia materna, el calor y la limpieza, ya que la falta de estos cuidados conlleva un deterioro rápido del niño pudiendo llegar incluso a la muerte. En cuanto al mantenimiento de la temperatura se hace mediante el aumento del clima del lugar y con cunas calientes o incubadoras, cubriendo la cabeza del niño con un gorro, el contacto piel a piel con la madre y tapándolo bien con una manta; intentando siempre

retrasar el primer baño. Para esto siempre es necesario un control por parte de la enfermera en las unidades de cuidados intensivos neonatales. En cuanto a la prevención de infecciones, los niños prematuros tienen una mayor predisposición a la sepsis bacteriana por lo tanto es muy importante el lavado exhaustivo de manos, realizar técnicas de forma estéril, y aplicar clorhexidina en el cordón umbilical del bebé.

La leche humana es el principal alimento de los prematuros y se puede administrar de muchas formas, ya que alimentar a un prematuro no es una tarea fácil porque la mayoría no tienen la competencia oral necesaria debido a que les resulta muy complejo mantener la succión, deglución y respiración al mismo tiempo, y por lo tanto esto les lleva una alimentación deficiente con los consiguientes problemas que acarrea una desnutrición, la falta de crecimiento y una permanencia más duradera en el hospital.

2 Objetivos

- Conocer la mejor forma de alimentar a los niños prematuros que no presentan el reflejo de succión.
- Exponer el papel de la enfermería en el fomento de la lactancia materna.

3 Metodología

En cuanto a la metodología se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la lactancia materna en prematuros y los beneficios que esto aporta.

La búsqueda se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos como: Pubmed, Cochrane Plus, Scielo, Elsevier. También publicaciones de la OMS y de la Asociación Española de Pediatría.

En las bases de datos en las que se ha llevado a cabo la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras claves: Breastfeeding and preterm, human milk and preterm, lactancia materna y prematuros, nursing breastfeeding and preterm, alimentación en prematuros.

4 Resultados

Los prematuros tienen una gran dificultad para conseguir alimentarse adecuadamente de forma oral como consecuencia de que sus sistemas orales y motores son

inmaduros debido a que no han desarrollado adecuadamente los sistemas neurológico, cardiorrespiratorio y gastrointestinal. Por tanto muchos de ellos van a necesitar ser alimentados en un principio por nutrición parenteral o por nutrición enteral.

La mayoría de los recién nacidos prematuros sanos van a alcanzar las habilidades orales entre la 36 y 38 semanas de edad gestacional corregida.

Para valorar si el prematuro alcanza las habilidades orales necesarias hay que tener en cuenta el desarrollo motor, la regulación de los estados, los reflejos, y los signos de estrés del recién nacido.

Los reflejos también juegan un papel importante en esto. El reflejo de búsqueda aparece hacia las 28 semanas de gestación, el reflejo de deglución a las 12 semanas de gestación, y la succión a las 26-28 semanas y aunque estos reflejos aparezcan de forma temprana, no estarán bien coordinados para la alimentación oral hasta la 32-34 semanas.

Para esto es importante la estimulación oral. Hoy en día existen unos modelos de intervención para la estimulación oral que pueden ayudar a estos bebés a desarrollar la succión, que sea posible una alimentación a base de lactancia materna exclusiva, aumente el crecimiento y promueva un alta hospitalaria temprana.

Entre las técnicas más utilizadas y la que primero se realiza, es una práctica de succión no nutritiva conocida como "el dedo enguantado" diversos artículos describen esta técnica como beneficiosa, ya que contribuye al aumento de peso del recién nacido, regula los estados de conciencia y facilita la digestión, ya que permite el paso de sonda a la alimentación oral. A su vez esta técnica también es útil para la valoración de la fase oral, ya que tiene como objetivo evaluar la integridad de la lengua ya sea su tamaño, posición, el tono y movimiento; la posición de la mandíbula; el tono de los labios así como el sello; los depósitos grasos de las mejillas y la forma e integridad del paladar.

Otra técnica utilizada en las UCINs pero que tiene bastante controversia, ya que se han descrito beneficios y daños, es el uso del chupete. Se ha visto que la mayoría de los profesionales utilizan el chupete como técnica de succión no nutritiva en estos niños prematuros y en diversos artículos se ha visto que es beneficioso para la estimulación oral, sin embargo recomiendan sólo utilizarlo en estas situaciones médicas específicas como para aliviar el dolor.

Otro método que también crea controversia es la copa. Esta técnica se suele utilizar también en niños que tienen problemas en la succión del pecho de la madre, para evitar que creen confusión entre la tetina y el pezón, y así que no ponga en peligro la lactancia materna.

Existe también otro método que fomenta la lactancia materna como es el método

canguro, que se lleva a cabo mediante el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido prematuro, permitiendo la colaboración de los padres en el cuidado.

- Papel de la enfermera en el fomento de la lactancia materna:

El papel de la enfermera en la lactancia materna es muy importante, ya sea en una planta de obstetricia o en una UCIN. Al comienzo de la lactancia es muy importante:

Enseñar adecuadamente la postura correcta a la madre para que el niño y ella estén cómodos.

Explicarle la importancia de la alimentación a demanda.

Observar la primera toma del bebé para ver si se alimenta bien o si tiene dificultades, para poder solventarlos.

Enseñar cómo despertar al bebé.

Explicarle cómo debe notar que el bebé se alimenta adecuadamente.

Ayudarla a interpretar lo que el niño quiere en cada momento.

Apoyarla de forma psicológica en todo momento.

Todos los profesionales de la salud junto con el ambiente que existe en la UCIN tienen una gran transcendencia para determinar el inicio y el mantenimiento de la lactancia en estos niños prematuro.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados obtenidos, se puede concluir que el alimento de elección en los bebés prematuros es la leche materna.

Estos niños al nacer antes de tiempo presentan muchos problemas, uno de ellos y que se ha tratado en los resultados, son los problemas en la alimentación oral; por ello previamente son alimentados de forma parenteral y enteral; como consecuencia de no disponer del reflejo de succión y la inmadurez de los sistemas. Para ello existen distintos métodos para estimular la alimentación oral como podemos encontrar: la técnica del dedo enguantado, el chupete, la copa y el pecho medio vacío. Por tanto podemos concluir que un niño se podrá alimentar del pecho si presenta una buena succión nutritiva y madura.

Para ello es muy importante el papel de la enfermera.

6 Bibliografía

1. Alonso Díaz C, U. T. (2016). Prácticas de alimentación con leche materna en recién nacidos menores de 1500 g o de menos de 32 semanas. *Anales de Pediatría*, 26-33.
2. Collins CT, G. J. (2016). Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
3. Conde-Agudelo A, D.-R. J. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). John Wiley and sons.
4. Greene Z, O. C. (2016). Estimulación oral para promover la alimentación oral en lactantes prematuros.
5. Moreno Algarra M.C, F. R. (2016). Variabilidad en las prácticas sobre alimentación enteral del prematuro entre hospitales españoles de la red SEN-1500. *Anales de Pediatría*.

Capítulo 17

NECESIDAD DE OPTIMIZAR LA ACTUACIÓN PREQUIRÚRGICA PARA ASEGURAR EL ÉXITO DE LA CIRUGIA

VANESA FRIERA DE LA RUBIA

1 Introducción

Debido a las mejoras sociales y sanitarias que acontecen principalmente durante el siglo XX, hemos podido asistir a un incremento progresivo en la esperanza de vida superando los 80 años en los países socialmente mas avanzados. Por lo que en nuestro entorno sanitario, la población adulta que atendemos quirúrgicamente y que tiene más de 65 años de edad ronda el 20 % de la población y se prevé que unos diez años más esta población alcance casi el 30 % de la población. A medida que se avanza en la edad aumenta la comorbilidad de la población, así como el consumo de medicamentos. Estos hechos aumentan la complejidad del proceso quirúrgico, aumentando las complicaciones, estancias hospitalarias, secuelas funcionales y los costos sanitarios en un entorno donde la constricción económica pone en riesgo la sostenibilidad del sistema.

Se calcula que el 50% de la población que alcanza los 65 años requieren al menos una intervención quirúrgica durante el resto de su vida. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en esta población son: cirugía de neoplasia respiratoria, cirugía cardiovascular: lesiones valvulares, aneurisma de aorta abdominal, lesiones carotideas y enfermedad arterial periférica obstructiva; traumatismos craneoencefálicos; cirugía de cadera y de rodilla; cáncer de mama y adenopatía de próstata; litiasis biliar y sus complicaciones, apendicitis, cáncer colorectal y hernia de la pared abdominal; cataratas

2 Objetivos

Describir la importancia de la actuación pre quirúrgica y su importancia para la intervención quirúrgica.

3 Metodología

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

Se ha utilizado las siguientes palabras claves: síndrome cirugía, cuidados preoperatorios, enfermería, adulto mayor.

4 Resultados

Un concepto de gran importancia en la atención de estos pacientes es el de fragilidad. Se entiende por ello un estado clínico en el que hay un aumento de la vulnerabilidad del paciente para desarrollar dependencia o para la muerte cuando se expone a una situación de stress. Existen 4 puntos de consenso sobre la fragilidad física:

- Fragilidad física es un síndrome médico con origen multifactorial que se caracteriza por la disminución de la fuerza, resistencia y de la reserva fisiológica que incrementa la vulnerabilidad del individuo para desarrollar mayor dependencia o muerte.
- La fragilidad puede ser potencialmente prevenida o tratada con terapias específicas como el ejercicio físico, la suplementación nutricional proteica y calórica, la vitamina D y la reducción de la polifarmacia.
- Se han desarrollado y validado múltiples test que permiten reconocer a las personas frágiles.
- Con el objetivo de manejar óptimamente a las personas con fragilidad e identificar aquellas que se benefician de una valoración más profunda se propone que se debe realizar una evaluación de fragilidad a todas las personas mayores de 70 años, así como a cualquier persona con una reducción de peso igual o mayor del 5% debido a una enfermedad crónica.

Los ancianos frágiles, son los que mayor necesidad de cuidados tiene, los de mayor riesgo de evolución adversa (deterioro funcional, mortalidad, hospitalización, institucionalización, etc.) y los que presentan problemas más complejos.

Son un grupo en crecimiento. Se estima que la fragilidad afecta a un 10-25 % de las personas mayores de 65 años y hasta un 40 % de los mayores de 80 años. En un intento de identificar a los pacientes frágiles se ha dado especial importancia a la función de los miembros inferiores, valorada a través de la velocidad de la marcha, el equilibrio y la capacidad/velocidad de levantarse/sentarse de una silla.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental en estos paciente la necesidad e importancia de la detección precoz de la fragilidad, asociándose el empleo de dichos cuidados a una peor supervivencia. Concluye que la identificación preoperatoria de la fragilidad en poblaciones de riesgo debería emplearse a la hora de asesorar al paciente y planificar el pre y postoperatorio, así como para establecer estrategias perioperatorias que disminuyan la dependencia y el uso de cuidados transicionales.

La rehabilitación en estos pacientes con fisioterapia, medidas de soporte nutricional y optimización farmacológica antes de la cirugía permiten reducir el riesgo de muerte y morbilidad postoperatoria y evitar el deterioro funcional.

6 Bibliografía

1. Duran D, Vega JL. Martínez R, Fleitas MG, Gallo JL, Duran CMG, cirugía a corazón abierto en pacientes valvulares mayores de 60 años.
2. Henebiens M, Kahi A, Koelemay M, Elective surgery of abdominal aortic, aneurysms in octogenarians:a sistematicreview 2008.
3. Hulzebos EHJ and Van Meeteren NLU. Making the elderly fit fot surgery. Br J Surg 2016.

Capítulo 18

LACTANCIA MATERNA Y COVID 19. PRINCIPALES RECOMENDACIONES

RAQUEL GENOVÉS PICÓ

ÁNGEL ORTIZ FERNÁNDEZ

MARTA TOMÁS MUÑOZ

VANESSA NAVARRO AGUILAR

1 Introducción

La lactancia materna (LM) está considerada la alimentación ideal del lactante, debido a sus propiedades nutricionales, inmunológicas y al vínculo afectivo que permite establecer entre la madre y el recién nacido. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud recomienda LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida, siendo parte de la alimentación complementaria hasta los dos años. Los beneficios de la LM se prolongan más allá de los primeros años de vida, donde ha demostrado reducir el riesgo de padecer enfermedades respiratorias, gastrointestinales o dermatitis atópica, entre otras. A largo plazo, se ha demostrado menor incidencia de leucemia, muerte súbita, celiaquía, obesidad o diabetes mellitus incluso en la edad adulta (Sanidad). En cuanto a los beneficios maternos, disminuye las hemorragias durante el postparto, actúa como método anticonceptivo durante los primeros seis meses, mejora la remineralización ósea y protege frente al cáncer de mama, ovario o diabetes mellitus. Finalmente, promueve un contacto físico estrecho y frecuente, reforzando el vínculo afectivo que optimiza el desarrollo del neonato. Por todo ello, la OMS reafirma en sus

resoluciones que la LM es crucial para la supervivencia, nutrición y desarrollo del niño, pero también para la salud de su madre. La protección, promoción y apoyo a la LM constituye uno de los pilares para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre nutrición y salud, siendo elementos primordiales para una atención sanitaria de calidad.

La reciente aparición de la enfermedad por SARS-CoV-2 (Covid-19) ha cambiado los modelos de salud establecidos durante décadas en los países occidentales, haciendo que el estudio de su relación con diversos conceptos de salud adquiera un creciente interés en la comunidad científica. Asimismo, el desarrollo social se ha visto afectado por la pandemia declarada en el año 2020, transformando desde entonces las relaciones interpersonales e intrafamiliares. Desde un prisma biopsicosocial, la LM constituye el principal vínculo entre la madre y el recién nacido, por lo que su papel durante la Covid-19 ha sido objeto de estudio en los últimos meses. El propósito de esta revisión es recopilar y analizar las principales recomendaciones publicadas acerca de la lactancia materna en la pandemia por la Covid-19.

2 Objetivos

El objetivo general planteado en este trabajo es conocer las principales recomendaciones actuales ante una mujer infectada por coronavirus y el recién nacido con respecto a la LM.

3 Metodología

Para la realización del siguiente trabajo se ha optado por una revisión bibliográfica a través de la selección de una serie de artículos que relacionan los conceptos seleccionados para el estudio. Durante el mes de marzo del año 2022 se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, donde se utilizaron los siguientes Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): “Covid-19”, “SARS-CoV-2”, “breastfeed”, “breastfeeding”, “vaccine” y “vaccination”. El algoritmo de búsqueda empleado fue: ((COVID 19) OR (SARS CoV 2)) AND ((breastfeed) OR (breastfeeding)) NOT ((vaccine) OR (vaccination)). Se aplicó como filtro los resultados obtenidos durante el período de tiempo que abarca desde enero de 2021 a marzo de 2022, obteniendo un total de 575 resultados. Una vez identificados los artículos, se realizó un proceso de elección y análisis. En el proceso de selección se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios inclusión: disponibles en español o inglés. Posibilidad de acceso al texto completo de forma gratuita. Documentos de consenso, guías de práctica clínica, revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas o metaanálisis.
- Criterios exclusión: otros idiomas diferentes al español o el inglés. Ensayos clínicos, series de casos, case reports o cualquier otra modalidad no especificada en los criterios de inclusión.

Tras aplicar dichos filtros se obtuvieron un total de 57 resultados de los cuales se seleccionaron 16 artículos, dado su grado de relevancia científica. Tras el análisis de los mismo, se eliminaron duplicidades y se recogieron recomendaciones basadas en 5 de ellos.

4 Resultados

No existe duda alguna del efecto beneficioso de la lactancia materna para la madre y el recién nacido. Sin embargo, la rápida irrupción de la Covid-19 ha generado dudas acerca de la posible transmisión materna, con los efectos perjudiciales que puede tener sobre el neonato. A continuación, se analizan algunos de los aspectos más controvertidos sobre la lactancia materna y la Covid-19.

- Transmisión vírica:

Actualmente, se considera que la principal vía de transmisión de SARS-CoV-2 se produce por inhalación de gotas respiratorias y aerosoles. De forma más excepcional, puede producirse transmisión por fómites en individuos infectados con alta carga viral. En cuanto a la transmisión vertical, se ha demostrado la presencia de receptores placentarios para SARS-CoV-2, si bien hasta la fecha no se han descrito claramente casos de transmisión intrauterina. La mayoría de casos de transmisión vertical se produce tras el nacimiento, en los primeros contactos entre la madre y el recién nacido.

- SARS-CoV-2 en leche materna:

Los estudios realizados sobre muestras de leche materna han objetivado la presencia de anticuerpos frente a SARS-CoV-2, lo que puede suponer una ventaja inmunológica importante para el recién nacido. Asimismo, en una cohorte española de pacientes vacunadas frente a SARS-CoV-2, se ha encontrado la presencia de anticuerpos en leche materna, lo que refuerza más si cabe el beneficio de este método de alimentación en los primeros meses de vida.

No existen datos que apoyen la transmisión vírica a través de la leche, ya que en caso de producirse contagio durante la lactancia este sería mediante transmisión por aerosoles. Además, en caso de que el virus pudiera encontrarse en este fluido,

las temperaturas empleadas en procesos de pasteurización lograrían desactivarlo, por lo que tampoco supondría una contraindicación absoluta. Este punto parece controvertido, ya que son varios los trabajos que desaconsejarían este método de eliminación del virus, ya que el proceso de pasteurización inactivaría otras propiedades inmunológicas de la leche materna, como la eliminación de anticuerpos frente a múltiples microorganismos. Pese a que el debate teórico en este apartado puede tener relevancia en la comunidad científica, tal y como se refleja en múltiples investigaciones, parece estéril centrarse en este apartado pues, si hasta el momento no se ha detectado virus en muestras de leche materna, no merecería la pena centrar los esfuerzos en este aspecto desde un punto de vista práctico.

- Recomendaciones generales y específicas:

De todo lo anterior, la principal conclusión establecida acerca de la transmisión entre madre e hijo es que se produce a través de gotas respiratorias, siendo la transmisión por fómites mucho menos frecuente. En torno a ello, las principales recomendaciones sobre lactancia materna y Covid-19 se centran en evitar este método de transmisión. Seguidamente, se enumeran algunas de las principales recomendaciones para la lactancia materna en mujeres infectadas por SARS-CoV-2:

1. Medidas higiénicas y de prevención generales: lavado de manos antes y después del contacto, uso de mascarilla, lavado de senos y desinfección de superficies.
2. Lactancia materna indirecta como alternativa, con lavado y esterilización de los equipos de alimentación.
3. Evitar dormir junto al recién nacido, haciéndolo preferiblemente en habitaciones separadas, o con uso de mascarilla en caso de necesidad.

La principal controversia en las recomendaciones está en cuándo optar por LM indirecta. Para la OMS, la LM directa debe mantenerse con las recomendaciones generales mencionadas, con el fin de asegurar todos los beneficios de esta; solamente en casos de compromiso para la salud de la madre que impida mantener una LM segura y adecuada se desaconsejaría, optando por LM indirecta a través de un cuidador sano, o extremando las precauciones generales. No obstante, otros organismos de relevancia internacional como los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (de sus siglas en inglés, CDC) de EEUU o la Academia Estadounidense de Pediatría mantienen una actitud más conservadora, optando por LM indirecta como mejor opción hasta la negativización del virus por parte de la madre. Sea de una forma u otra, todas las organizaciones coinciden en mantener la alimentación con leche materna frente a los preparados comerciales.

5 Discusión-Conclusión

La promoción y protección de la LM es uno de los objetivos fundamentales de las principales organizaciones sanitarias a nivel mundial, dadas sus propiedades nutricionales y psicoafectivas. Los beneficios de la LM superan con creces los posibles riesgos de infección y transmisión de la Covid-19, por lo que su mantenimiento debería ser la norma, valorando la posibilidad de introducir medidas preventivas específicas en determinados casos.

No obstante y como ya se ha comentado anteriormente ante la reciente llegada de la Covid-19, hemos de considerar su asociación con la lactancia materna como un tema novedoso en el que seguir investigando con el fin de ofrecer la información más adecuada posible.

6 Bibliografía

1. Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T, Rodríguez- Díaz L. (2020) Infección por coronavirus Covid-19 y lactancia materna: una revisión exploratoria. *Rev Esp Salud Pública*, 94. Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202005055.pdf.
2. Lactancia materna. Who.int. (2022). Recuperado el 15 marzo de 2022, de: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.
3. Mascarenhas, V., Caroci-Becker, A., Venâncio, K., Baraldi, N., Durkin, A., & Riesco, M. (2020). Care recommendations for parturient and postpartum women and newborns during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 28. Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4596.3359>.
4. Ministerio de Sanidad. (2021). Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, Covid-19. Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20210507_TRANSMISION.pdf.
5. Ng, Y., Low, Y., Goh, X., Fok, D., & Amin, Z. (2020). Breastfeeding in COVID-19: A Pragmatic Approach. *American Journal Of Perinatology*, 37(13), 1377-1384. Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716506>.
6. Pereira, A., Cruz-Melguizo, S., Adrien, M., Fuentes, L., Marin, E., Forti, A., & Perez-Medina, T. (2020). Breastfeeding mothers with Covid-19 infection: a case

series. *International Breastfeeding Journal*, 15(1). Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00314-8>.

7. Romero Ramírez, D., Lara Pérez, M., Carretero Pérez, M., Suárez Hernández, M., Martín Pulido, S., & Pera Villacampa, L. et al. (2021). SARS-CoV-2 Antibodies in Breast Milk After Vaccination. *Pediatrics*, 148(5). Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052286>.

8. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. (2017). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf.

9. Vassilopoulou, E., Feketea, G., Koumbi, L., Mesiari, C., Berghea, E., & Konstantinou, G. (2021). Breastfeeding and Covid-19: From Nutrition to Immunity. *Frontiers In Immunology*, 12. Recuperado el 15 de marzo de 2022, de: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.661806>.

Capítulo 19

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO EN PACIENTES CON EPOC

LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ

ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS

1 Introducción

El grupo mayoritario de enfermedades respiratorias lo constituyen aquellas cuyo denominador común es la limitación crónica al flujo aéreo (LCFA) y que funcionalmente presentan un patrón respiratorio obstructivo de gravedad variable. Está constituido por: el asma, la bronquitis crónica, el enfisema, las bronquiectasias difusas, la enfermedad de las pequeñas vías, fibrosis quística y la bronquiolitis, siendo las tres primeras las más frecuentes.

Hoy en día existen dos términos que engloban las patologías pulmonares obstructivas crónicas, que son el EPOC y la Obstrucción Crónica de Flujo aéreo (OCFA). La variable que determina que tenga una denominación u otra es el tabaquismo, ya que el EPOC incluye pacientes fumadores y el OCFA a los no fumadores. Entre los factores causantes del OCFA se incluyen: la exposición laboral a polvos y agentes nocivos, la contaminación, antecedentes de infecciones respiratorias, hiperreactividad bronquial y atopia y la α -1 antitripsina, como agente hereditario. La EPOC es una enfermedad pulmonar crónica común, prevenible y tratable que afecta a hombres y mujeres de todo el mundo donde los bronquiolos sufren

daños y se restringe el intercambio de gases. Varios procesos provocan el estrechamiento de las vías respiratorias, y pueden producirse destrucción de partes de los pulmones, obstrucción de las vías respiratorias a causa de las secreciones e inflamación del epitelio de las vías respiratorias.

En ocasiones, se utilizan los términos “enfisema” y “bronquitis crónica” para referirse a la EPOC. El enfisema suele referirse a la destrucción de los alvéolos pulmonares, mientras que la bronquitis crónica consiste en una tos crónica con esputo debida a la inflamación de las vías respiratorias.

La EPOC y el asma comparten determinados síntomas (tos, sibilancias y dificultad para respirar) y algunas personas padecen ambas enfermedades.

El hábito tabáquico es la causa principal de la EPOC, pero un 10-15 % de enfermos con LCFA son no fumadores.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Fomentar el ejercicio y actividad física para mantener una mejora en la calidad de vida en pacientes con EPOC.

Objetivos secundarios:

- Promover la vacunación contra la neumonía, gripe y la Covid-19 en pacientes con EPOC.
- Conocer las actividades de enfermería en el ámbito intra y extrahospitalario con los pacientes de EPOC.

3 Metodología

La búsqueda de información para la realización del presente artículo ha sido realizada en libros científicos, así como en artículos de revistas registrados en las principales bases de datos: Scielo, PubMed y Google académico. La búsqueda realizada ha sido de carácter científico donde se ha encontrado la información necesaria que avale lo expuesto en el trabajo.

Palabras clave: “EPOC”, “enfisema pulmonar”, “tabaco”, “chronic obstructive”, “pulmonary disease” y “COPD”.

4 Resultados

En la actualidad, se define la EPOC como una alteración caracterizada por una disminución de los flujos aéreos espiratorios que no se modifica significativamente durante varios meses de observación. Es característico de este tipo de enfermedades un periodo respiratorio alargado. Los pacientes con EPOC normalmente respiran con los labios fruncidos, especialmente cuando están disneicos. En la actualidad dentro del concepto de EPOC, englobamos la bronquitis crónica, el enfisema y la enfermedad de pequeñas vías aéreas. Dentro de este concepto no se encuentra el asma (por su condición de reversibilidad y la bronquiolitis).

El proceso se inicia normalmente a los 50 años con tos productiva o por una enfermedad torácica aguda y no es, normalmente hasta los 60 o 70 años cuando aparece la disnea de esfuerzo. La EPOC evoluciona gradualmente, debido a factores de riesgo como: habituación al hábito tabáquico o exposición pasiva de humo, ésta puede ser de tipo profesional, contaminación de aire en interiores (calefacciones, biocombustibles...), durante la vida fetal o primeros años de vida, como puede ser el retraso en el crecimiento intrauterino y las infecciones respiratorias frecuentes y más o menos graves durante la infancia impidiendo que los pulmones se desarrollen por completo. Desarrollar asma en la infancia también puede ser consecuencia de la presencia de EPOC en la edad adulta.

En enfermería, se sabe que la EPOC no tiene cura, pero un diagnóstico precoz es muy importante para evitar un empeoramiento de los síntomas. Debemos sospechar que una persona tiene la patología cuando presenta los signos característicos de la misma. La tos y la expectoración son habitualmente los primeros síntomas en presentarse. La tos crónica está más agravada por las mañanas y suele ser la que predomina inicialmente, la disnea es el motivo de consulta más frecuente, hasta en un 70 % de los pacientes solicitan atención médica por este motivo. El dolor torácico y la fiebre, en el caso de EPOC no son síntomas habituales, salvo que existe otro problema asociado (neumonía). La cefalea es secundaria a la hipercapnia por la hipoventilación con retención de CO₂. En los estadios más avanzados de la enfermedad aparece la pérdida de peso. La hemoptisis y finalmente, puede darse una sintomatología de las exacerbaciones, es decir, un empeoramiento de una situación previamente estable.

El diagnóstico se ha de confirmar mediante una espirometría, que es una prueba que mide el funcionamiento de los pulmones. En los países de ingresos medianos y bajos no suelen tenerse medios para realizar espirometrías, por lo que la enfermedad no se diagnostica.

La actuación de enfermería en pacientes con EPOC debe ir encaminada a pro-

mover la deshabituación del hábito tabáquico, es la única medida que ha demostrado ser de gran utilidad para frenar la enfermedad, fomentar el ejercicio físico de forma regular, llevar a cabo fisioterapia respiratoria como puede ser el drenaje bronquial (disminuye la resistencia de las vías aéreas, favoreciendo la movilización y expectoración de las secreciones) y ejercicios respiratorios para mejorar la eficacia ventilatoria. En el caso de la dieta es importante que se evite un exceso de hidratos de carbono ya que producen un aumento de la pCO_2 , mientras que las proteínas parecen incrementar la respuesta ventilatoria a la hipoxia. Otra de las medidas es que se debe hacer educación en el ámbito de la vacunación. Vacunarse contra la neumonía, la gripe y la Covid-19 es importante para estos pacientes.

Hay distintos tipos de medicamentos que, inhalados, pueden ayudar a reducir los síntomas y prevenir las exacerbaciones. Debido a que tienen diferentes mecanismos de acción, pueden administrarse en un solo inhalador que contiene varios fármacos.

Los broncodilatadores dilatan las vías respiratorias y se pueden inhalar regularmente para prevenir o reducir los síntomas y para aliviarlos durante las exacerbaciones agudas. En ocasiones, los inhaladores contienen también corticosteroides que reducen la inflamación de los pulmones.

Para inhalar estos medicamentos se debe usar una técnica adecuada y, en algunos casos, una cámara de inhalación que facilita el paso de los fármacos a las vías respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

Desde enfermería, es preciso ofrecer a los pacientes con EPOC información sobre la enfermedad, el tratamiento y los cuidados personales que deben seguir para mantener, en la medida de lo posible, una buena calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud está adoptando este año varias medidas con el objetivo de mejorar en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. La EPOC es una de las enfermedades abarcadas por el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las ENT y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

En primer lugar, ha elaborado el Conjunto de intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles donde incluye protocolos para evaluar, diagnosticar y tratar enfermedades respiratorias como son la EPOC y el asma, así como asesoramiento sobre hábitos saludables: deshabituación tabáquica y autocuidado

del paciente con EPOC. En segundo lugar, la creación de la “Rehabilitación 2030”, prevención primaria y reducir la exposición al humo del tabaco.

Otra intervención de la OMS en esta esfera es el Conjunto de soluciones energéticas domésticas no contaminantes que fomenta las fuentes de energía seguras y no contaminantes en los hogares.

“La Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas, que contribuye a la labor de la OMS en materia de prevención y control de estas patologías, es una colaboración voluntaria de organizaciones nacionales e internacionales y organismos de numerosos países cuyo objetivo es lograr que todas las personas puedan respirar libremente” (2).

6 Bibliografía

1. Varela LB, Correa F, Cazaux A, Spaccesi A, Salica DA, Vanoni S. enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable asociada a deterioro cognitivo: posible factor de causalidad: Estudio piloto. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2022];78(2):97-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181845/>.
2. Dumitrascu GA. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En: Toma de Decisiones en Anestesiología. Elsevier; 2008. p. 100-1.
3. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. Who.int. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
4. NCD country capacity survey [Internet]. Who.int. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdcs>.
5. Larsson K, Lindberg A, Sandelowsky H, Lindén A, Stållberg B, Janson C. Pharmacological treatment reduces mortality in COPD. Lakartidningen [Internet]. 2022 [citado 8 de junio de 2022];119. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020190/>.
6. Lozano JA. EPOC. Offarm [Internet]. 2006 [citado el 8 de junio de 2022];25(6): 68–75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-epoc-13089136>.
7. Revista-portalesmedicos.com. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-paciente-epoc/>.

Capítulo 20

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM

OLAIA TORRES ERICE

VIRGINIA ALBERO GARRIDO

VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ

MARCO ALDONZA TORRES

IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN

1 Introducción

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirium, conocido así en la literatura global, es un proceso significativo en la patología del anciano, pero puede presentarse a cualquier edad.

Es un estado transitorio y reversible del estado mental, caracterizado por alteraciones de la atención y de las funciones cognitivas (memoria, pensamiento, orientación, lenguaje y percepción). Se presenta de forma brusca y repentina, con disminución del nivel de conciencia, incremento o descenso en la actividad psicomotora, y desorden del ciclo vigilia-sueño, que empeora por la noche y se acompaña de alteraciones de la percepción, alucinaciones auditivas y visuales.

Su prevalencia es alta en pacientes hospitalizados siendo de grave pronóstico, pues más del 30 % de las personas que lo desarrollan mueren. Se presenta en

el 35 % de los ancianos ingresados por causas médicas, entre el 15 al 53 % de los pacientes mayores intervenidos quirúrgicamente y en hasta el 87 % de los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos.

Es un Síndrome multicausal y puede estar ligado a diversas enfermedades subyacentes, siendo probablemente la manifestación principal de la enfermedad de base.

El SCA, supone una urgencia médica que influye en el pronóstico de manera negativa, incrementando el riesgo de demencia, institucionalización y mortalidad. Se trata de un cuadro severo, frecuente y que comporta una amenaza para la vida del enfermo anciano.

Por todo ello es de vital importancia conocer su correcto manejo. Esto requerirá su precoz reconocimiento, el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Es importante además realizar un pronto diagnóstico, identificando lo antes posible la causa, y poniendo fin a su curso lo antes posible.

2 Objetivos

Conocer SCA y su correcto manejo para disminuir el tiempo de hospitalización y las consecuencias graves en los pacientes que lo sufren.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para identificar cuáles son los factores predisponentes y precipitantes del Síndrome Confusional Agudo y así determinar el correcto abordaje del mismo, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Medline, y en los siguientes metabuscadores: Google académico y The Cochrane Library.

4 Resultados

El SCA o Delirium, aun teniendo una elevada incidencia, es un proceso muchas veces infradiagnosticado, que provocará secuelas negativas para los pacientes y profesionales. Hay que remarcar que la aparición de este cuadro está ligado al aumento de complicaciones, enfermedades, deterioro fisiológico e incluso a un aumento de la mortalidad. (1)

Un inapropiado manejo puede ser causa de un peor pronóstico, afectando al paciente tanto a corto como a largo plazo, en cuanto a salud y calidad de vida se refiere, y aumentando además los costes sanitarios. (4)

El SCA es un estado reversible, de corta duración, y se acompaña de signos y síntomas ligados a modificaciones del ciclo vigilia-sueño, de la función psicomotora y de las emociones.

Es multicausal, y los factores predisponentes y desencadenantes pueden interactuar y acumularse entre sí.

Existen dos componentes de gran relevancia en la fisiopatología del Delirium.

1. La alteración neuronal secundaria a la falta más o menos aguda del flujo de sangre en el sistema nervioso central (SNC).

En el anciano este déficit será más acusado ya que, por su proceso de envejecimiento, presenta una disminución del riego sanguíneo a dicho nivel. Por eso, esto supone un factor predisponente. Será habitual su aparición en los casos de:

- Insuficiencia cardíaca aguda de aparición brusca.
- Postoperatorios de cualquier proceso quirúrgico.
- Agudización inesperada de una enfermedad crónica.
- Pacientes hipoglucémicos.
- Estados de deshidratación.

2. La intoxicación directa del SNC por empleo inapropiado de algunos fármacos.

Se considera factor predisponente para la intoxicación la administración de tres o más fármacos. Los grupos de medicamentos más influyentes son: anticolinérgicos, antiarrítmicos, litio, algunos psicótrópos, sedantes, analgésicos y anestésicos.

Otros elementos influyentes que encontraremos en muchos enfermos tienen que ver con el hecho de no hallarse en lugar conocido y de que esto ocurra de manera más o menos brusca: modificaciones en el domicilio habitual, ingreso hospitalario o estancia en unidades especiales como UCI, Observación, etc.

Existen, además, otros factores de riesgo que se pueden llegar a comportar como verdaderos elementos precipitantes, que son:

- Estados de desnutrición.
- Sonda urinaria.
- Polifarmacia.
- Medidas de contención.

Son elementos de riesgo independientes, la desnutrición y la presencia de síntomas de SCA, pero ambos serán complementarios a la hora de causar la institu-

cionalización.

Clasificación:

El SCA o Delirium se pueden clasificar en base a la actividad psicomotora que predomine.

- Hiperactivo: se observan signos de inquietud, hiperalerta, agitación y/o agresividad.
- Hipoactivo: prevalece la somnolencia.
- Mixto: existe variación en el tiempo de ambos cuadros. (5)

Diagnóstico:

El diagnóstico del SCA es fundamentalmente clínico y se lleva a cabo valorando al paciente presencialmente. Los criterios clínicos más utilizados son los del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V). (4)

Tras la búsqueda en diferentes bases de datos y publicaciones, la escala con más evidencia científica que consigue reconocer la existencia del SCA es la Confusion Assessment Method (CAM). El uso de esta escala permitirá a los profesionales enfermeros realizar una detección precoz del síndrome y así evitar probables consecuencias a largo plazo en los enfermos afectados.

El método se divide en varios apartados, y en ellos se valorará:

- Si la evolución es aguda, fluctuante.
- Si presenta desatención: qué nivel de distracción tiene el paciente, si mantiene una conversación, si persevera las respuestas a repetidas preguntas, etc.
- Presencia de pensamiento desorganizado con conversaciones incoherentes, ideas ilógicas, etc.
- Nivel de conciencia: se encuentra alerta, hiperalerta, letárgico y estuporoso. (6)

Tratamiento:

En cuanto al tratamiento se refiere, el abordaje va a estar encaminado a determinar y tratar la causa, y a manejar correctamente las alteraciones del comportamiento que aparecerán. El tratamiento será no farmacológico y farmacológico.

En el campo no farmacológico dividiremos el manejo en cuatro tipos de intervenciones:

1. Físicas: se tendrán en cuenta medidas generales como:

- Monitorizar la correcta hidratación del paciente para evitar deshidratación, estreñimiento o ambos.
- Descubrir y tratar posibles infecciones. Eliminar catéteres y dispositivos innecesarios.

- La existencia de falta de vitaminas o minerales, o de proteínas como la albúmina. En este caso habrá que reparar el déficit con suplementos o incluso nutrición parenteral.

Monitorizar la correcta oxigenación mediante la saturación de oxígeno y aportar oxigenoterapia en los casos de hipoxia (neumonías, neoplasias pulmonares).

- Realizar una correcta evaluación del dolor.
- Estimular la movilización precoz tras cirugías, o propiciar a que el paciente camine.
- La contención física se llevará a cabo en el caso en que la vida del paciente corra peligro, exista una agresividad exacerbada con el equipo médico y familiares, y esto impida un correcto abordaje terapéutico.
- Revisar periódicamente las pautas farmacológicas para detectar la polifarmacia.
- Corregir los déficits sensoriales que sean corregibles.

2. Ambientales:

- Se procurará que la habitación esté correctamente iluminada, clara durante el día y con luz en la noche.
- Procurar una adecuada higiene del sueño: evitar interrupciones innecesarias y disminuir ruidos ambientales.
- Intentar que el paciente no esté aislado o lejos del control de enfermería, y que esté acompañado permanentemente.
- Controlaremos que no existan demasiados estímulos ambientales para reducir los cuadros alucinatorios.
- Seguimiento frecuente, continuo y sosegado del equipo médico.

3. Cognitivas:

- Conversar con el paciente e intentar la reorientación ayudándole a entender dónde está, quiénes somos y cómo podemos ayudarle.
- Emplear ejercicios de estimulación cognitiva (recuerdos).
- Propiciar visitas de familiares y amigos de forma regular.

4. Psicológicas:

Se trata básicamente de procurar un apoyo del equipo sanitario y familiar más afín y cercano al paciente.

Respecto al tratamiento farmacológico, existen dos importantes síntomas que necesitan tratamiento: el insomnio y la psicosis.

En la psicosis, se ha demostrado que los neurolepticos son la droga más eficaz para su tratamiento, y el Haloperidol será el fármaco de elección.

Es una butirofenona que actúa de manera específica sobre la vía psicomotora.

La forma de presentación puede ser oral en forma de comprimidos de 1,5 mg, y en ampollas para uso inyectable que contienen 5mg.

La dosis variará en base a la edad y el grado de agitación, y puede volver a administrarse cada 30-60 min, hasta conseguir el control.

Su uso puede conllevar reacciones secundarias como alteraciones extrapiramidales y la taquicardia ventricular multifocal.

Existen estudios que avalan el uso de otros antipsicóticos como Risperidona, Olanzapina y Quetiapina. Según las conclusiones, la risperidona presenta una eficacia igual al haloperidol y Olanzapina, y la Quetiapina se presenta como fármaco eficaz y seguro cuando se utiliza en pacientes hospitalizados o en unidades de cuidados intensivos.

Por otro lado, encontramos las benzodiacepinas, que forman parte de los fármacos de elección en situaciones específicas, como los cuadros de Delirium causados por el Síndrome de abstinencia de sedantes o alcohol, encefalopatía hepática, y la corrección del insomnio.

Se deben evitar las benzodiacepinas de semivida larga, y serán recomendadas las de semivida corta o intermedia.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir, explicando que, no existe evidencia de que el uso rutinario de farmacoterapia antipsicótica prevenga o trate la aparición de SCA o Delirium.

Es por ello que, las intervenciones no farmacológicas encaminadas a cambiar los factores de riesgo ganan más consideración a la hora del manejo de este Síndrome, puesto que han demostrado su efectividad disminuyendo su incidencia.

Así pues, el papel de Enfermería será fundamental en la prevención, la detección precoz, diagnóstico y tratamiento del SCA, ya que está ligado estrechamente con la atención continuada e integral del paciente. Será necesario que las enfermeras adquieran unos conocimientos y habilidades básicas y esenciales para completar este proceso multidisciplinar. Se crearán programas de educación, se implantarán Protocolos y Guías de práctica Clínica, de manera que se unifiquen criterios en el manejo de este Síndrome, disminuyendo la variabilidad y estableciendo una adecuada actuación de todo el equipo multidisciplinar. (7)

6 Bibliografía

1. Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujol R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2005;205(10):484–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256505726187>.
2. Researchgate.net. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/251563656_Protocolo_diagnostico_del_delirio_y_del_sindrome_confusional_agudo.
3. Médicos P. Atención de Enfermería en el paciente con síndrome confusional agudo (SCA) - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. *Revista-portalesmedicos.com*. 2016 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-enfermeria-sindrome-confusional-agudo-sca/>.
4. Alonso Ganuza Z, González-Torres MÁ, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2012 [citado el 1 de junio de 2022];32(114):247–59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003.
5. Jiménez FB. Síndrome confusional agudo. *Revista Médica Sinergia*. 2018;3(02):7-11.
6. González Pérez AC, Llibre Rodríguez J de J. Estado confusional agudo en el paciente anciano. *Rev cuba med mil* [Internet]. 2001 [citado el 29 de mayo de 2022];30:89–96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000500014.
7. Researchgate.net. [cited 2022 Jun 9]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/251563656_Protocolo_diagnostico_del_delirio_y_del_sindrome_confusional_agudo.

Capítulo 21

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA

TERESA MARÍA IGLESIAS OLIVEROS

1 Introducción

La cateterización venosa periférica es una técnica invasiva que permite obtener en el paciente una vía permeable al sistema vascular. Gracias a esta vía podremos administrar nutrición parenteral, sueroterapia, medicación. En los últimos años ha adquirido una gran relevancia la seguridad del paciente para obtener una buena calidad asistencial. Las enfermeras serán las encargadas tanto de canalizar dicha vía venosa periférica, administrar los medicamentos Y detectar posibles complicaciones.

El principal objetivo de este trabajo es determinar los puntos claves para realizar una técnica segura, identificar la evidencia de canalización periférica y generar un listado de seguridad.

Actualmente por parte del personal sanitario el uso de catéter intravenoso es una de las técnicas que se usa más frecuente en el ámbito hospitalario. Se considera la más rápida y por ello la elección en caso de urgencia. La mayoría de los pacientes hospitalizados son portadores de catéter intravascular. su uso permite el acceso venoso fácil para la administración de medicamentos. principalmente se utiliza en las siguientes situaciones:

- Restituir el equilibrio ácido base.
- Administración de fármacos y fluidos al Torrente circulatorio.
- Mantenimiento de la hidratación en pacientes con intolerancia oral.
- Transfusión de productos sanguíneos, eritrocitos y plasma.
- Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos.

- Obtención de muestras de sangre.
- Realización de estudios diagnósticos.

2 Objetivos

Identificar y conocer las principales necesidades en los cuidados de la canalización venosa periférica.

3 Metodología

Este trabajo se ha elaborado mediante una revisión bibliográfica de carácter sistemático. Se ha realizado una búsqueda de literatura científica, actual y relevante sobre el tema a tratar. También se ha recopilado información de diferentes portales de sanidad de las distintas comunidades autónomas.

Esta revisión bibliográfica se centró la literatura relacionada con la importancia de los cuidados de enfermería para mejorar la seguridad del paciente en la canalización venosa periférica.

Como palabras clave se utilizaron: lista de verificación, cuidados enfermera, complicaciones, cateterismo periférico.

4 Resultados

Previo y durante la canalización venosa periférica:

- Informar al paciente: se debe comunicar al paciente en qué consiste el procedimiento y su finalidad. Se debe comprobar identidad, preguntar sobre posibles alergias e informar de la técnica a realizar. Preservar su intimidad en la medida de lo posible y colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda tanto para el propio paciente como para el personal.
- Educación del personal sanitario: con medidas de control para evitar infecciones y complicaciones.
- Asepsia del personal y uso de guantes. Lavado higiénico de las manos con agua y jabón, durante al menos 20 segundos. Cuando no es posible acceder al lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica. Colocarse los guantes no estériles
- Selección del catéter.
- Selección del punto de inserción.

Durante la canalización venosa periférica:

- Técnica de ejecución y antiséptico.

- Fijación del catéter y registro.

Mantenimiento del catéter.

Debemos realizar una revisión diaria del punto de inserción del catéter y seguir las pautas de mantenimiento dada la importancia que tiene la seguridad en el paciente en cuanto a su calidad asistencial.

- Paciente debe comunicar cualquier cambio o molestia.

- Limpiar el catéter con irrigación adecuada después de cada uso.

- El apósito completo se cambiará cada 72 horas, desinfectando el punto de inserción.

- Retirar el catéter venoso en cuanto no sea necesario.

- Los puntos de conexión de la válvula llave de 3 pasos mantenerlo siempre tapados.

- En caso de obstrucción no empujar el coágulo al Torrente sanguíneo.

Problemas potenciales del procedimiento:

- Que la enfermera no sea capaz de visualizar y/o palpar la vena.

- Falta de cooperación del paciente.

- Hematoma, punción arterial, lesión nerviosa.

- Espasmo venoso.

- Rotura del catéter por la reintroducción del fiador en el catéter: embolismo por cuerpo extraño.

- Posición anómala del catéter.

- Alergia: Látex, povidona yodada y esparadrapo.

5 Discusión-Conclusión

Hay que destacar unos puntos esenciales para conseguir la mayor seguridad del paciente dentro de la ejecución de canalización venosa periférica:

- Es importante una adecuada fijación tras la canalización venosa periférica, insistir en el lavado de manos.

- Es imprescindible en la técnica de inserción durante la canalización venosa periférica la desinfección y el mantenimiento de la asepsia.

- Se debe identificar y verificar al paciente previo a la canalización, realizar una buena higiene de manos y uso de guantes. Se debe elegir de manera correcta el punto de inserción, así como el catéter y nunca olvidar las posibles alergias del paciente.

6 Bibliografía

1. Del Egido MA, Lázaro C., Núñez RA, Pérez M, Pescador A, Pita L, et al. Cateter venoso periférico-Complejo hospitalario. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolos> Enfermería/documentos.
2. Carrero MC. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Enfermería Dad, editor. Madrid; DAES S.L; 2008.
3. Loro N, Martínez E, Sancho MJ, Peiró A. enfermería: canalizaciones periféricas, atención, cuidados, mantenimiento y complicaciones.
4. Carballo M. elección de un catéter de acceso periférico (Internet). Barcelona.
5. Pinto M, Guerrero MN. influencia de la intervención enfermera para evitar complicaciones en los accesos venosos periféricos. Doc. Enf.(internet). 2014. Disponible en: http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/QUOWJH/viewsize/DocEnf_005pdf.

Capítulo 22

CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER CON MASTECTOMIA EDUCACION PARA LA SALUD DE LA ENFERMERIA

LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Podemos hablar de que el cáncer mamario es la segunda enfermedad mortal a nivel mundial con la reseña que predomina más en mujeres asiáticas por sus malos hábitos de vida, por su sedentarismo etc. No solo afecta a mujeres este cáncer también hay hombres aunque son mínimos los datos de estos.

El cáncer es una enfermedad prominente en nuestra sociedad, y también es muy Estigmatizados; el cáncer a menudo se asocia con la muerte. No obstante, el tratamiento. Ahora cada vez más específico, con menos efectos secundarios y mejores resultados potencia.

Ser diagnosticado con un trastorno de estas características puede tener un impacto Inmediatamente en quienes la padecen y la forma en que evolucionan.

El estado de ánimo después de este primer momento depende de varios factores como el apoyo social y las capacidades individuales de cada paciente.

Por lo tanto, es importante no solo cuidar a la paciente durante la cirugía y la preparación postoperatoria, sino también no ignorar el impacto que tendrá la persona que se somete a la mastectomía. Debido a que no solo sería a nivel quirúrgico, sino que también afectaría la anatomía de su cuerpo, tuvo la capacidad de comprender que su cuerpo había cambiado y que tenía cáncer. Como profesional de la salud, debes saber cómo mitigar este comportamiento.

2 Objetivos

Conocer las actuaciones y las intervenciones en el momento que se le ofrezca educación sanitaria por enfermería a una paciente mastectomizada.

3 Metodología

se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos que se debe de administrar a un paciente con mastectomía.

Palabras clave: salud mental, psicología y cuidados.

4 Resultados

- En nuestro trabajo de la revisión bibliográfica hemos encontrado muchos artículos en los cuales nos indican que tipo de educación sanitaria puede realizar la enfermería, ante la situación de desesperanza o depresión de una paciente que se le ha realizado una mastectomía.
- El personal de enfermería deberá manejar este tema para poder ayudar a la paciente con lo cual debe conocer que no siempre se realiza una mastectomía radical en la cual le retiran pezón , piel incluso areola si no que existen otros tipos de mastectomía en la que pueden retirar solamente algún ganglio, mastectomía parcial, segmentectomía etc.
- La ansiedad por cambiar el físico siempre está al acecho en las mujeres más que en los hombres.
- Las alteraciones psicológicas aparecen, mas frecuentemente cuando la enfermedad está llegando a su fin. La ansiedad que experimentan los pacientes se ve magnificada por la angustia del dolor físico y la incertidumbre que implica la realización de las pruebas diagnósticas, el tiempo de espera para la confirmación de los resultados, incluso, una vez superada toda la evolución de la enfermedad, estos pacientes pueden tener que volver a sus vidas antes del diagnóstico lo que hará sentirse ansiosos.
- Enfermería tiene que estar con el paciente durante esta fase tan difícil, ser considerado con cada paciente y cada paciente responde de manera diferente. No siempre se sufre de depresión, ansiedad, al contrario, hay gente fuerte que la padece y dicen que es un tropiezo y hay que seguir adelante.

- La enfermera realizara una educación sanitaria adecuada a cada paciente dentro de sus limites y su estado emocional. No hay que obligar a que coja la ayuda, si no que sea cuando se sienta preparada para ello.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema actual en el cual los sentimientos , emociones van a aflorar una vez que finaliza el tratamiento, intervención etc. tras la mastectomía.

Como se ha podido observar en nuestros resultados el tema psicológico va a estar más afectado que el físico, aunque van a ir muy ligados. Ya que uno va a condicionar al otro.

El personal de enfermería tendrá la posibilidad de ayudar a la paciente durante todo el proceso si ella accede, como se ha comentado no se debe obligar, ya que lo que se va a generar incluso puede ser un rechazo ante la ayuda.

6 Bibliografía

1. González PR, García AZ, Sánchez LM, Márquez PG-O, Bozal RG. Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD psicol.* 2019;4(1):75–84.
2. Torres FMG, Cívico FJA, del Rosario Castillo Mayén M. Identificación del patrón de respuesta a la ansiedad en las supervivientes a corto plazo del cáncer de mama. *Anupsicol.* 2018; 48(2)59-63.

Capítulo 23

CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN ENFERMERÍA DE LOS CATÉTERES INSERCIÓN PERIFÉRICA

LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

En casi todas las ocasiones durante el ingreso del paciente en el hospital precisan la inserción de un catéter periférico.

Por eso ante una inserción, el manejo y los cuidados por parte del personal de enfermería evidencia la necesidad de realizar una revisión bibliográfica y elaborar una guía rápida - póster acerca de los cuidados que deben realizarse en estos dispositivos de acceso periférico en cualquier área, tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria.

La enfermera es la que realiza la valoración de donde debe ser colocado el catéter periférico y a que va a estar destinado. Una vez que decide la zona anatómica y tipo de catéter realizara la técnica con máxima asepsia y cuidado con el paciente. Podemos llegar a definir este catéter como “un dispositivo o cánula insertada en la vena, que permite el acceso inmediato al torrente sanguíneo”.

El acceso del catéter venoso al torrente sanguíneo puede ser periférico o central. La utilización de vías venosas para la administración parenteral de sustancias se viene realizando desde hace varios siglos, debido a que este tipo de vía es una vía directa sin tener que realizar ningún paso hepático y por ello el efecto de la medicación será más rápido. Por tanto, es la vía d elección en situaciones de urgencia.

2 Objetivos

Describir conocimientos básicos en cuanto a las complicaciones, manejo y cuidados de catéter venoso por parte de la categoría enfermería.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos que se pueden realizar a con un catéter venoso por parte de enfermería.

Palabras clave: cuidados, catéter, vena y técnica.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos realizado una búsqueda en la que nos ha dado la opción de incluir en nuestro trabajo artículos y textos de los conocimientos a nivel evidencia de manejo y cuidados básicos de los catéteres periféricos por el profesional de enfermería.
- El profesional de enfermería conocerá que tipo de complicaciones pueden llegar aparecer tras la inserción de un catéter periférico.
- En algunos artículos nos indican que en la actualidad la enfermería esta basada en la bacteriemia Zero, la cual es un proyecto que se realiza en muchos hospitales y que su finalidad es evitar la infección de ese catéter.
- Por ello la enfermería debe realizar en cada momento el lavado de manos, desinfección antes de realizar el procedimiento y seleccionar correctamente la zona de punción.
- También hemos podido conocer que enfermería puede llegar a encontrar flebitis en donde se encuentra el catéter periférico insertado. Con lo cual la función que debe realizar el profesional es la retirada inmediata del catéter para evitar que se expanda mas y colocar alguna pomada o fomentos para hacer desaparecer el edema que ha producido.
- Otra complicación puede ser la extravasación, esto ocurre cuando el catéter no esta insertado en la vena y todas las infusiones o medicación entra a el cuerpo. Con lo cual sufre una agresión y agravamiento de el paciente. En el caso que se encuentre esta situación también es imprescindible que enfermería retire el

catéter periférico y avisar a su responsable mas directo. Se dejará registrada la incidencia por si hay algún agravante más.

- Otro tipo de actuación de enfermería es la selección del tipo de catéter que va a necesitar, palomilla, abocath, línea media todos estos son para un acceso venoso periférico.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro trabajo diario se ha podido observar que si un paciente va a estar hospitalizado como se ha comentado necesitara una vía periférica. También va a influir si va a estar mucho tiempo hospitalizado o no.

Como se ha podido observar en nuestro tema la observación por parte del profesional de enfermería en el momento que realiza la técnica de inserción del catéter, debido a las muchas complicaciones que puedan aparecer.

Es un tema común y necesario para el trabajo diario de la enfermería con lo cual debe conocer todos los aspectos relacionados con este tipo de catéteres que generalmente son venosos.

6 Bibliografía

1. Carrero M C, García Velasco S, Triguero N, Cita J, Castellano B. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. 1ª Ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2008.
2. Capdevilla JA. El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. Rev. Esp Quimioter. [Revista en internet]. 2013; 26(1): 1-5.
3. Bellido Vallejo JC, Carrascosa García M.^a, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia [Revista en internet]. 2006; 3(9).

Capítulo 24

ENFERMERÍA TÉCNICA MONDAL VS TÉCNICA CONVENCIONAL EN HERIDAS QUIRÚRGICAS

LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

En cada unidad o centro de salud se pueden emplear curas dependiendo de la lesión, tipo de infección o incluso dependiendo del paciente.

Antes de poder realizar la cura, la enfermera consultará el informe de el paciente en el cual nos dará información sobre sus patologías previas, diabetes, hipertensión, alteración en la coagulación, etc.

La infección de las heridas quirúrgicas es la principal complicación de las intervenciones suponiendo de este modo un importante impacto tanto a nivel sociosanitario como económico para el sistema de salud.

Por ello una herida de un corte, o algo que tenga tanto externo como interno un riesgo de infección es conveniente realizar una cura. En la que este protegido y de esta forma se intenta evitar la dehiscencia, evisceración en casos de heridas quirúrgicas abdominales.

Definimos herida quirúrgica aguda como la disrupción de la integridad cutánea, llevada a cabo en ambiente de asepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores, realizada por personal sanitario, en actos urgentes o programados.

En nuestro trabajo nuestro objetivo es el de comprobar que tipo de cura es mas efectiva a nivel de cicatrización o evitar la dehiscencia en una herida quirúrgica.

La técnica Mölndal es considerada una práctica clínica recomendable por su bajo coste, fácil aplicación y eficacia en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas y en incisiones de drenajes.

2 Objetivos

Comparar que tipo de cura es más efectiva en la cicatrización y protección ante las infecciones en heridas quirúrgica por enfermería.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos enseñan que tipo de diferencias puede existir entre dos tipos de curas y cual será la más beneficiosa ante el riesgo de infección.

Palabras clave: cuidados, cura, técnica, cicatrización y dehiscencia.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos documentado todo tipo de artículos los cuales nos evidencias en que cura puede llegar a ser más beneficiosa en una herida quirúrgica.

Lo primero que debe realizar enfermería es comprobar en que estado está la herida, que tipo de intervención quirúrgica se ha realizado, fecha de intervención etc.

Todo tipo de datos se recogerán y se introducirán en un programa en el que se tendrá que recoger el seguimiento que ha llevado la enfermería.

El uso de la técnica mondal enfermería la utilizara con un tipo de pacientes los cuales nos irán dando una evolución de cómo va la cicatrización y que aspecto tiene esta.

La enfermería deberá tener todo preparado material, gasas, apósitos, etc.; para que pueda realizar una cura lo máximo estéril posible.

En el momento que este realizada la cura enfermería rellenara correctamente la hoja de seguimiento en la cual se ira actualizando cada vez que el paciente se le practique una cura.

La cura de la técnica mondal se efectuará cada 3 días salvo que se retire accidentalmente el apósito. En el otro caso en que la cura es convencional se realizara cada dos días salvo que como en el caso anterior se retire accidentalmente.

Todos los datos serán valorados por enfermería y con esto nos dará un resultado en el que nos enseñará que cura puede ser más beneficiosa si la técnica mondal o la cura convencional.

Este proceso será largo pues una cicatrización de una herida quirúrgica suele tardar un año aproximadamente. Durante este tiempo podemos encontrarnos con complicaciones como infecciones, dehiscencias que nos pueden obligar a la enfermería a cambiar el tipo de cura. Será función de la enfermera la valoración continuada de la herida hasta el alta.

5 Discusión-Conclusión

En el campo de la enfermería el cuidado de las heridas quirúrgicas es algo que tienen que realizar tras una intervención quirúrgica. Es un tema muy discutido ya que cada persona dependiendo incluso de sus patologías, va a llegar a curar más rápidamente o no.

El paciente como se ha visto que porta diabetes, hipertensión es algo que debe tener en cuenta la enfermería antes de elegir la cura con la que va a intentar. La enfermera como se ha podido comprobar en nuestro trabajo la enfermera recogerá todo tipo de información de la cura de la herida para poder llegar a una conclusión de cuál es la cura más beneficiosa.

6 Bibliografía

1. Foster L, Moore P, Clarke S. A comparison of hydrofibre and alginate dressing on open surgical wounds. *J Wound Care*. 2000;8.9(9): 442-5.
2. Moore PJ, Foster L. Cost benefits of two dressings in the management of surgical wounds. *Br J Nurs*. 2000; 9(17): 1128-32.9.
3. Folestad A. The management of wounds following orthopaedic surgery: the Mölndal Dressing. *Orthopaedic Product News*. March/10.April 2002. Cited for: Thomas E. *Surgical Dressings and Wound Management*. Cardiff (South Wales): Medetec Publications; 2010.p. 271-9.

Capítulo 25

LA ENFERMERA ANTE EL MANEJO A NIVEL FÍSICO Y EMOCIONAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

LUCÍA MENÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El campo de la enfermería es muy amplio pues puede ofrecer ayuda a pacientes psiquiátricos, oncológicos etc. pero también debe de realizar cuidados a nivel físico de estos pacientes. Por ello podemos decir que la enfermería alberga muchos temas conocidos.

El cáncer es la enfermedad en la actualidad que más muertes produce incondicionalmente si es mujer, hombre rico o pobre etc. Podemos definir esto como que El cáncer, según la OMS, es un término genérico que engloba a un grupo de enfermedades, en las que se da un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células anómalas, que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo (OMS, 2015).

El paciente se considera oncológico en el momento que se ha diagnosticado tras realizar las pruebas diagnósticas, analíticas pertinentes acompañado con sintomatología que puede pertenecer al cáncer. Cuando hablamos de la sintomatología podemos comentar que un síntoma clave es la anorexia, falta de apetito, disneas, pérdida de fuerzas, etc.

Los cánceres más frecuentes por orden de mortalidad son según la OMS pulmón, mama, cáncer colorrectal, seguido de próstata y por último, cáncer de vejiga. Todos los años se realiza una estadística de mortalidad para comprobar cual es el cáncer con más prevalencia durante ese año.

2 Objetivos

Describir los cuidados que va a realizar la enfermería de forma continuada ante un estado físico y emocional de un paciente oncológico.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos explican que tipo de tratamiento podemos administrar tanto a nivel físico como emocional al paciente oncológico. Palabras clave: cáncer, oncológico, cuidados y estado.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos encontrado artículos que nos instruyen en como la enfermera puede ayudar en cuidados a nivel físico y por supuesto emocional a un paciente que esta en proceso de enfermedad oncológica.

La enfermera debe conocer que el diagnostico de cáncer es un impacto a nivel de familiar y por supuesto en un cambio radical de estilos de vida.

Además, el cáncer se caracteriza por ser proceso largo con efectos secundarios en todos los ámbitos vitales de la persona, tanto a nivel físico, como psicológico y social.

En ocasiones por estadísticas encontradas y datos consensuados la enfermera puede encontrar más afectación a nivel emocional que a nivel físico. Pues solo con pronunciar la palabra cáncer ya es un afrontamiento por parte del paciente. A nivel físico la enfermería cubrirá las necesidades básicas tanto a nivel domiciliario como a nivel hospitalario. En el caso de hospitalario, puede ser de varios tipos según el tipo de ingreso. Pues en un ingreso por recaída la enfermera tendrá que cubrir las necesidades de sueroterapia, fármacos, antibióticos todo esto con la canalización de una vía periférica. También cubrirá cuidados a nivel nutricional etc.

En caso de que el ingreso sea para poner tratamiento de quimioterapia la enfermera tendrá que administrar la medicación por el reservorio que frecuentemente tiene el paciente en el pecho, de esta forma se evita tener que pinchar cada vez que vaya a poner un tratamiento médico así como otras complicaciones como infecciones.

En el caso emocional la enfermera está en una escucha activa continua, empatizar con el paciente e intentará ganar la confianza para que pueda contar como son sus miedos o alegrías durante todo el proceso de su enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Es el tema que muchas o muchos enfermeros evitan pues es duro. Se presenta un paciente con miedos, depresiones y les estas ofreciendo incluso ayuda sabiendo que tiene un final en su vida cercano.

El tema emocional es lo que primero se ha de tratar para que el paciente luche hasta el final porque no todos los pacientes con cancer se mueren, en caso de detección precoz puede incluso curarse o paralizar su avance.

ES un tema actual debido a que como se ha comentado es la enfermedad con más muertes que se está encontrando en la actualidad. Por ello la enfermería debe estar familiarizado con datos pacientes etc. de este tema en cuestión.

6 Bibliografía

1. Barroilhet, S., Forjaz, M.J, y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Revista Actas Españolas de Psiquiatría,33, 390-397.
2. Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.A. y Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. Revista Psicooncología, 9, 233-257.

Capítulo 26

BLOQUEO NERVIOSO EN PRÓTESIS DE RODILLA

LORENA ÁLVAREZ ESCOBAR

1 Introducción

En este capítulo se describirá cómo se realiza un bloqueo nervioso en un paciente al que se le han implantado una prótesis de rodilla para poder disminuir el dolor en el post operatorio inmediato, para así poder iniciar una deambulación precoz, lo que favorece la pronta recuperación y la incorporación a su vida diaria.

Se describirá el procedimiento, el material necesario para su realización y las actividades enfermeras que se han de llevar a cabo para dicha técnica.

Se trata de un tema con mucho interés clínico dado el alto número de prótesis de rodilla que se implantan cada año en los hospitales de todo el mundo.

Ya que es una técnica que mejora en gran medida la calidad de vida de las personas que padecen artrosis degenerativa, una enfermedad que puede llegar a ser muy incapacitante en una sociedad en la que la esperanza de vida ha aumentado tanto en los últimos años, que hace que personas de edad avanzada lleven una vida muy activa.

Por lo que es necesario la realización de estas intervenciones para que su actividad no se vea mermada por la incapacidad funcional que llega a ocasionar la artrosis.

Son los avances médicos los grandes aliados de la sociedad actual.

2 Objetivos

- Describir cómo se realiza un bloqueo nervioso para disminuir el dolor en el post operatorio inmediato en una prótesis de rodilla.
- Enumerar el material necesario que se emplea en dicha técnica.

3 Caso clínico

Paciente varón de 72 años que es derivado por su médico de atención primaria al traumatólogo en su hospital de referencia por dolor e incapacidad para deambular de 6 meses de evolución.

Durante este tiempo ha sido tratado con AINES, sin una mejoría funcional.

Se ha realizado de manera ambulatorio una radiografía AP y lateral, en la que según el informe del radiólogo se observa una artrosis degenerativa.

Se programa al paciente para realizarle una intervención quirúrgica en la se le implantará una prótesis de rodilla.

Una vez realizada la intervención se traslada al paciente a la unidad de reanimación para su control post quirúrgico, dónde se le realiza un bloqueo nervioso para control del dolor.

Se utiliza el siguiente material:

Ecógrafo, neuroestimulador, aguja de 50 G, protector estéril para sonda ecográfica, lubricante estéril con lidocaína, paño estéril, guantes estériles, gasas estériles, antiséptico y jeringuilla cargada con ropivacaína 0,75 % y mepicacaína 2 %.

Se prepara al paciente para realizarle el bloqueo. Para ello descubriremos la zona inguinal del miembro afectado y se limpiará con solución antiséptica. Le explicamos la técnica que se va a realizar y su objetivo.

Se coloca el neuroestimulador y se sitúa el ecógrafo en el lado contrario de la punción y enfrente del médico anestesista que va a realizar la técnica.

Se asiste al facultativo ofreciéndole los guantes estériles, el paño, la funda del ecógrafo, el lubricante y la aguja.

Una vez preparado el campo estéril, el anestesista localizará el nervio deseado para realizar el bloqueo. Antes de inyectar el anestésico se aspirará con la jeringa para comprobar que el medicamento no pasa al torrente sanguíneo.

Una vez realizado el bloqueo se desechará el material utilizado de manera correcta y se procederá a limpiar el ecógrafo y el neuroestimulador.

4 Discusión-Conclusión

Gracias a la técnica del bloqueo nervioso en los pacientes intervenidos para colocar una prótesis de rodilla, el dolor es mejor controlado.

A consecuencia de la disminución del dolor, la recuperación es más exitosa, dado que el paciente puede movilizar el miembro afectado con mayor prontitud y así comenzar de manera precoz con la rehabilitación que le podrá permitir incorporarse a sus actividades habituales de la vida diaria.

De esta manera su vida social se ve menos afectada y puede desarrollarse de manera plena y autónoma como persona, y no depender de terceros para cubrir las necesidades o eventos que pudieran suceder.

5 Bibliografía

1. <https://dolopedia.com/articulo/bloqueo-de-los-nervios-geniculados#.YqekQSftY0E>.

Capítulo 27

ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE ONCOLÓGICO Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

1 Introducción

Se consideran enfermedades de transmisión sexual (ETS) al conjunto de patologías infecciosas en las que la vía de transmisión sexual reviste especial interés epidemiológico.

En países en vías de desarrollo constituyen el grupo de enfermedades infecciosas más frecuente.

Actualmente, la incidencia de dichas enfermedades sexuales se encuentran en auge debido principalmente a una relajación en la prevención (desuso o mal uso de los métodos de barrera, principalmente del preservativo) y al aumento de ETS que disponen de tratamientos eficaces.

Dentro de la población, se consideran población de riesgo los jóvenes, personas con múltiples parejas sexuales, hombres que practican sexo con hombres, inmigrantes, consumidores de drogas, usuarios de las chemsex (fiestas en las que se

lleva a cabo un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales entre hombres por un período largo de tiempo (a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos o daños), pacientes con antecedentes de ETS y víctimas de violencia sexual.

Sin embargo, cualquier persona/paciente puede presentar una enfermedad de transmisión sexual.

A la hora de llevar a cabo la entrevista clínica, la estrategia de las 5 “P” es una estrategia útil para obtener información relevante: Parejas sexuales, Prácticas sexuales, ETS Pasadas, Prevención y Protección.

2 Objetivos

- Presentar el caso de un paciente oncológico con una enfermedad de transmisión sexual para recordar que no toda patología que aparece en un paciente oncológico se debe siempre a su proceso de base.
- Recaltar además la importancia de la entrevista clínica en cualquier proceso asistencial.

3 Caso clínico

Paciente de 54 años de edad, varón, que consulta por disuria y secreción uretral. Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hígado graso y carcinoma de pulmón en tratamiento. Fumador activo de 20 cigarrillos al día. Consulta en atención primaria por disuria y secreción uretral de 2 días de evolución. Afebril.

En la entrevista clínica refiere relaciones sexuales sin protección con otros hombres en las semanas previas. Afirma relaciones sexuales de riesgo con anterioridad que han ido en aumento durante los últimos meses.

A la exploración física se observa: frecuencia cardíaca: 75 latidos por minutos. Tensión arterial 130/75 milímetros de mercurio. Temperatura: 36.1 grados centígrados.

Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias palpables. No peritonismo. PuñoperCUSIÓN renal bilateral negativa.

Exploración genital: no lesiones en piel ni mucosas de genitales externos. Se objetiva secreción uretral abundante y purulenta.

En analítica rápida de orina destaca leucocituria. Se solicitan cultivo de orina, cultivo de secreción uretral y se pauta tratamiento empírico.

Se informa de la necesidad de tratar a las parejas sexuales de los últimos 60 días (una búsqueda activa de estas infecciones por parte de los profesionales sanitarios permite mejorar el infradiagnóstico y evitar complicaciones graves que se pueden ocasionar por la falta de tratamiento).

Resultado de cultivo de orina: negativo.

Resultado de cultivo de secreción uretral: infección por *Neisseria gonorrhoeae*.

Diagnóstico clínico: uretritis gonocócica.

Desaparición de la clínica tras tratamiento pautado. En revisión se realizó al paciente consejo individualizado, incidiendo en la importancia de los métodos de barrera en las prácticas sexuales para evitar el contagio y transmisión de posibles enfermedades de transmisión sexual. Se solicitó, con el consentimiento del paciente, una serología completa que resultó negativa.

4 Discusión-Conclusión

Las consultas por problemas urológicos en pacientes afectos de enfermedades neoplásicas son relativamente frecuentes. Pueden deberse a la evolución de la enfermedad, a los medios utilizados para tratarla o a causas ajenas a la misma (como en este caso).

La uretritis es la inflamación del epitelio uretral, acompañado o no de exudado uretral. Se trata de la ETS más frecuente en hombres.

Según su etiología, se diferencian las gonocócicas y las no gonocócicas.

Debemos de sospechar una uretritis ante un paciente con piuria y cultivo de orina negativo. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante un cultivo de la secreción uretral, amplificación de ADN por reacción de cadena de polimerasa (PCR).

5 Bibliografía

1. JLR. Trapero, LB. Berges. Infecciones de transmisión sexual. Una peligrosa red social. AMF 2018;14(5):241-244.
2. J. Ochoa-Prieto, P. Monfort-Gil. Aspectos comunicativos y ética en la atención de los pacientes con infecciones de transmisión sexual. AMF2018;14(5): 245-250.
3. Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.
4. M. Azofra-Crespo, R. Sáenz-Ortigosa. Uretritis. AMF2018;14(5):259-264.
5. V. Grasa, N. Lainez, E. Villafranca. Manejo urgente de las complicaciones urológicas en el paciente tumoral. Anales Sis San Navarr. 2004; 27:3.

Capítulo 28

ENFERMERÍA: ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE-KORSAKOFF EN PACIENTE ALCOHÓLICO

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

1 Introducción

La encefalopatía Wernicke-Korsakoff es una enfermedad debida a la carencia de tiamina o vitamina B1. La ingesta prolongada y excesiva de alcohol es la principal causa, también pueden producirlo otras deficiencias vitamínicas.

La Enfermedad de Wernicke (EW) y la psicosis de Korsakoff (PK) son respectivamente, la fase aguda y la fase crónica de la misma enfermedad. La traída característica es confusión, oftalmoplejía y ataxia. Es frecuente que sea infradiagnosticada porque dicha triada solo aparece en un tercio de los casos. La psicosis de Korsakoff es un síndrome amnésico que puede ir o no precedido de EW.

Una de las causas más de habituales de amnesia es la psicosis de korsakoff. La PK se identifica por confusión mental, deterioro de la memoria reciente y confabulación (los pacientes improvisan falsos recuerdos para compensar la pérdida de memoria).

Estos pacientes presentan desorientación, dificultad para procesar nueva información, amnesia anterógrada y retrógrada, ataxia, nistagmo y polineuritis. La confabulación es habitual que esté presente en la fase aguda del trastorno, pero no es un síntoma necesario para el diagnóstico de síndrome Wernicke Korsakoff, ya que hay pacientes que no confabulan. En la fase estable o crónica de la enfermedad los pacientes no tienden a presentar confabulación.

La PK puede ser primariamente diagnosticada como demencia tipo Alzheimer, dado que las alteraciones amnésicas son parecidas. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienden a sufrir acalculia, anomia y apraxia, así como mayor déficit visuoespacial y un mayor deterioro del coeficiente intelectual. Sin embargo, la PK se caracteriza por la ausencia de una disminución generalizada del funcionamiento intelectual, y una afectación desproporcionada de la memoria retentiva, en relación con otras funciones cognitivas. Es frecuente que la PK coexista con demencia alcohólica.

En aquellos casos en los que se sospeche de Enfermedad de Wernicke Korsakoff no relacionado con el alcoholismo, se debe valorar la presencia de otras causas de déficit nutricional, como hiperemesis gravídica, hemodiálisis, anorexia nerviosa, desnutrición grave y otras enfermedades o intervenciones quirúrgicas que limitan la absorción intestinal de tiamina.

Dado el curso insidioso del Síndrome de Wernicke Korsakoff y la alta prevalencia de infradiagnóstico, el aporte precoz de tiamina en pacientes con alcoholismo crónico, es fundamental para evitar el desarrollo de Síndrome de Korsakoff.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es revisar la evidencia más reciente disponible para facilitar a los clínicos una revisión sobre el Síndrome de Wernicke Korsakoff.

3 Caso clínico

Paciente de 48 años que ingresa por confusión, alteración de la marcha, nistagmos y cuadro neuropsiquiátrico.

Divorciada, 2 hijas (19 y 14 años). Activa laboralmente.

Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Hipotiroidismo; diabetes mellitus tipo 2; esteatosis hepática. Necrosis avascular.

En seguimiento por psiquiatría y psicología desde 2011 en USM por trastorno ansioso depresivo e insomnio. Ha recibido tratamiento farmacológico mediante

escitalopram (máximo 15 mg), trazodona (max 200 mg), lorazepam (Max 1mg/8h), lormetazepam 1 mg, zopiclona 7,5, melatonina (circadin 2), alprazolam 0,25.

Tratamiento habitual: Omeprazol 20 mg 1-0-0; Eutirox 125/137 mcg 1-0-0; Lexatin 1.5 mg Lorazepam 1mg; ; Deprax 100mg.

Hábitos tóxicos: fumadora 6-8 cigarrillos al día. Refiere alcohol a diario "5-6 cervezas/día". Niega otros tóxicos.

Anamnesis al ingreso:

Es trasladada al servicio de urgencias porque desde hace 3 días la familia aprecia un discurso incoherente, verbalizando acontecimientos del pasado como si estuviesen sucediendo en el momento presente.

Cuando acudimos a valorar la paciente nos saluda con cierta familiaridad al reconocernos como conocidos suyo o parientes de allegados. Al principio relata angustia que relaciona con el hecho de que el padre ha sido ingresado en la noche previa (corroborada la irrealidad de esta idea) y que el hermano se encuentra en la habitación de al lado tras haber sufrido un accidente. También manifiesta miedos inespecíficos y temor al contagio en la situación pandémica actual. En otros momentos de la entrevista, presenta un discurso circular sobre los problemas de cadera presentados con la necrosis avascular. Nos llega a identificar como el equipo que le realizó la intervención. En todo momento se muestra colaboradora en la consulta. Nula conciencia de enfermedad.

Ante la presentación abrupta del cuadro actual se decide ingreso para completar estudio y tratamiento.

Pruebas complementarias en urgencias:

Antígeno SARS-CoV2 Negativo.

ARN de Virus SARS-CoV2 No se ha detectado.

Analítica; sin alteraciones significativas.

TC cerebral: Sin signos de patología aguda.

Exploración neurológica.

Nistagmo horizontal y vertical. Campimetría por confrontación conservada.

No asimetrías faciales ni alteración en sensibilidad y fuerza de la cara. Pares craneales conservados. Sensibilidad y fuerza conservada. Leve temblor en reposo. No disimetrías.

Exploración psicopatológica (al ingreso): Consciente y colaboradora. Parcialmente orientada en tiempo y orientada en espacio. Hipoprosexia. Discurso en momentos reiterativo y en otros momentos tangencial con pérdida de hilo conductor. Manifiesta miedos, la mayoría inespecíficos, pero destaca temor a la situación pandémica actual. Falsos reconocimientos con el personal sanitario en su estancia en el servicio de urgencias, falsas creencias de matiz delirante con

repercusión emocional.

Interpretaciones con los sonidos que se escuchan al otro lado de la puerta del box de observación. Manifiesta tristeza. Psicomotricidad: No se aprecia inquietud durante la entrevista. Sueño y ritmo circadiano: Reconoce insomnio en las últimas noches. Cierta desinhibición social en la sala de espera (desde la perspectiva de los falsos reconocimientos). Su entorno informa de comentarios incoherentes desde hace tres días.

Evolución: a lo largo del ingreso se ha realizado estudio completo y se identifica sintomatología afectiva de larga data junto a un consumo perjudicial de alcohol, a pesar de lo cual ha mantenido un adecuado rendimiento laboral, no así en otras áreas de autocuidado. La alteración de la marcha mejora tras el establecimiento del tratamiento con tiamina a altas dosis, y remite la alteración ocular; persiste sin embargo un cuadro de amnesia con fabulaciones con interferencia global en el funcionamiento. Se mantiene coordinación con Trabajadora Social Sanitaria y con Sº de Rehabilitación de cara a planteamiento de cuidados, soporte y abordaje ambulatorio al alta.

Exploraciones complementarias relacionadas durante el ingreso:

Estudio inmunológico normal. EN LCR meningitis/encefalitis: negativo. ECG sin alteraciones. TAC toraco-abdomino-pélvico normal.

PET oncológico: Aumento focal de captación de FDG en píloro/primer porción duodenal, que podría estar en relación con patología ulcerativa vs. lesión inflamatoria. Sin evidencia de enfermedad maligna macroscópica activa en el resto del cuerpo. Estudio EMG normal.

Diagnóstico: Síndrome Wernicke-Korsakoff.

4 Discusión-Conclusión

En el caso expuesto, persiste deterioro grave en los procesos de aprendizaje y memoria pese a altas dosis de tiamina, con deterioro significativo de los procesos de consolidación y recuperación de la información, amnesia retrógrada parcial y amnesia anterógrada; con deterioro en funciones ejecutivas complejas como organización y planificación, déficits que, en interrelación con la afectación mnésica y la presencia de confabulaciones, dan lugar a dificultades para poner en marcha de forma adaptativa las funciones cognitivas conservadas y a la incapacidad para el funcionamiento autónomo. Queda establecido un déficit que corresponde con Síndrome de Korsakoff de carácter persistente y no reversible por el que precisa apoyo supervisión continuada, sin previsión de recuperación y que implica pérdida de capacidad de autonomía y autogobierno siendo necesario

que se establezca la figura de un tutor con la celeridad que sea posible. Como conclusión, debemos tener en cuenta que es necesario destacar la importancia de establecer un diagnóstico de sospecha de alcoholismo lo más precoz posible, e intentar ratificarlo mediante la anamnesis del paciente y, completarla con la familia, para poder instaurar el tratamiento preventivo con tiamina. Es una emergencia neurológica debiéndose administrar Tiamina para prevenir y tratar de evitar secuelas irreversibles dentro de la cual se encuentra en la evolución el síndrome de Korsakoff.

5 Bibliografía

1. Fouarge E, Maquet P. Neurological consequences of alcoholism. *Rev Med Liege*. 2019 May;74(5-6):310-313.PMID: 31206272.
2. Kotov SV, Lobakov AI, Isakova EV, Stashuk GA, Volchenkova TV. Wernicke Korsakoff syndrome. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2016;116(7):4-11. doi: 10.17116/jnevro2016116714-11.PMID: 27500869.
3. Zubaran C, Fernandes JG, Rodnight R. Wernicke Korsakoff syndrome. *Postgrad Med J*. 1997 Jan;73(855):27-31. doi: 10.1136/pgmj.73.855.27.PMID: 9039406.
4. Blansjaar BA, Van Dijk JG. Korsakoff minus Wernicke Syndrome. *Alcohol Alcohol*. 1992 Jul;27(4):435-7.PMID: 1418116.
5. Jiang W, Gagliardi JP, Raj YP, Silvertooth EJ, Christopher EJ, Krishanan KR. Acute psychotic disorder after gastric bypass surgery: differential diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163: 15–19. Singh S, Kumar A. Wernicke encephalopathy after obesity surgery: a systematic review. *Neurology* 2007; 68: 807–11.

Capítulo 29

ENFERMERÍA ANTE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SUS CAUSAS

ALBERTO MEDINA REIMUNDEZ

SERGIO ESTEBAN ESTEBAN

SANDRA FERRERO SERRANO

LYDIA RUBIO LÓPEZ

ALEJANDRO BORGE MARTINEZ

1 Introducción

La disfunción eréctil se trata de una disfunción sexual que se puede presentar a cualquier edad, esta enfermedad se encuentra, a pesar de su incidencia en la salud sexual y calidad de vida, infradiagnosticada por parte atención primaria. Se trata de una enfermedad incurable, es decir ni se cura ni desaparece con el paso de los años ni, según la creencia popular, con la disminución / aumento de la frecuencia sexual, es más, la disminución de la relación sexual o la concurrencia de la disfunción eréctil la complican. El tratamiento farmacológico, el cual es indispensable, no resulta suficiente. La psicología de pareja y la sexología son también esenciales. El abordaje junto a la mujer, también es indispensable, y se habrá de convertir en coterapéuta para llegar a buen puerto.

Otros estudios epidemiológicos muestran que el 5-20 % de los hombres, aproximadamente, tienen una disfunción eréctil moderada o grave. Las diferentes inci-

dencias halladas probablemente sean debidas a diferentes metodologías, edad y circunstancias socio económicas, en las poblaciones estudiadas.

Sin embargo no hay una definición aceptada por unanimidad para la disfunción eréctil, esto es debido, fundamentalmente a la falta de instrumentos de detección específicos para la disfunción eréctil. Por lo cual, aun no se ha conseguido un consenso amplio sobre cómo se definirla, y existen varias definiciones según diferentes asociaciones o manuales.

2 Objetivos

Conocer la incidencia y la prevalencia de la enfermedad, así como los factores de riesgo asociados a la disfunción eréctil.

3 Metodología

En la elaboración de nuestro trabajo, hemos realizado una concienzuda investigación. La cual se encuentra basada en una revisión bibliográfica de la literatura científica a nuestra disposición. Hemos realizado una búsqueda sistemática de artículos, consultado, los mismos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo. Para lo cual hemos seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio. La disfunción eréctil.

4 Resultados

Una reciente de revisión de estudios epidemiológicos sobre el tema a estudio, nos muestra que el 5-20 % de la población estudiada sufren de disfunción eréctil en diferentes estadios de gravedad. El elevado intervalo de incidencia informada en los diferentes estudios observados, seguramente se deba a diferentes metodologías, edades y estados socioeconómico de la población a estudio.

Los factores de riesgo de la disfunción eréctil son comunes con la enfermedad cardiovascular. por ejemplo: Un índice de masa corporal elevado, el sedentarismo, adicciones como el fumar tabaco, un elevado colesterol en sangre y el síndrome metabólico. Parece poder reducirse el riesgo de padecer disfunción eréctil modificando los factores de riesgo nombrados anteriormente, el factor de riesgo mas determinante parece ser el ejercicio físico, o mejor dicho la falta de ejercicio físico o la pérdida de peso.

Otro factor de riesgo para disfunción eréctil es quirúrgico, se trata de la prostatectomía radical, ya sea una prostatectomía radical abierta, laparoscópica o robótica, esto se debe fundamentalmente a la posibilidad de lesionar la innervación de los cuerpos cavernosos, de provocar una deficiente oxigenación de los cuerpos cavernosos o también una insuficiencia vascular. Se calcula que entre el 25 y el 75 % de los pacientes sometidos a una prostatectomía radical padecen una disfunción eréctil postoperatoria.

El tratamiento de la disfunción eréctil incluye intervenciones psicológicas, de comportamiento y de tipo farmacológico, los tratamientos incluyen:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Clomipramina: se trata de un antidepresivo tricíclico, es muy fuerte.
- Dapoxetina: es un ISRS de corta acción actualmente en fase de desarrollo.
- Tramadol: se trata de un analgésico opiáceo. Se ha visto que ayuda si la toma se produce dos horas antes del acto sexual.

5 Discusión-Conclusión

La disfunción eréctil se trata de un gran problema de salud pública, como hemos descrito, es una enfermedad infradiagnosticada por parte de atención primaria, y supone una gran carga, tanto emocional, física como psicológica para los pacientes que la sufren. Los factores de riesgo incluyen tanto la obesidad, como la falta de ejercicio físico, pasando por unos niveles elevados de colesterol en sangre. A todos ellos hemos de incluir el riesgo de operaciones quirúrgicas como la prostatectomía radical.

Afortunadamente, en la actualidad se están desarrollando diferentes terapias, las cuales deben ser farmacológicas, pero sobre todo psicológicas, e incluir necesariamente a la pareja.

6 Bibliografía

1. Godínez, G. M. (2010). Eyaculación precoz. *Medicina interna de México*, 26(3), 250-258.
2. Wespes, E., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., & Vardi, Y. (2002). Disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. *Eur Urol*, 41(1), 1-5.
3. Fernández Delgado, D. (2014). La eyaculación precoz: actualización del tema. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 45-51.

4. Wespes, E., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., & Vardi, Y. (2010). Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. *European Association of Urology*, 842-99.
5. Prieto, R., Cruz, N., Cabello, F., García, F., Fernández, A., Larrazábal, M., & del Consenso, G. E. D. R. (2017). Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la eyaculación precoz: recomendaciones de experto. *Revista Internacional de Andrología*, 15(2), 70-77.

Capítulo 30

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

GEMA GARCIA RUBIO

1 Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) engloba al grupo de síntomas provocados por la obstrucción de las arterias coronarias como resultado de uno de tres problemas: infarto agudo de miocardio con ST elevado (30 %), infarto agudo de miocardio sin ST elevado (25 %), angina inestable (38 %) cualquiera de estas tres afecciones podrían conllevar una muerte súbita en el paciente.

El personal de enfermería debe tener la suficiente formación, temple y capacidad de decisión para que los cuidados sean lo mas efectivos y rápidos posibles al manejar una situación que por ser crítica exige un grado superior de demanda de atención que otras patologías.

El síntoma más común que indica diagnóstico de SCA es dolor en el pecho, que usualmente va hacia el brazo izquierdo o de una forma opresiva se sitúa en el ángulo de la mandíbula, y suele aparecer acompañado con náuseas y sudores. Aunque el SCA se encuentra relacionado con trombosis coronaria, también puede ser debido al consumo de ciertas drogas excitantes como la cocaína.

El SCA debe diferenciarse de la angina estable, que aparece con un esfuerzo físico y se trata con descanso.

Una angina inestable ocurrirá inesperadamente, a menudo en reposo o con mínimo esfuerzo, y supondrá un nuevo problema añadido en una arteria coronaria.

Asimismo, deberemos tener en cuenta que un dolor cardíaco puede venir causado por anemia, bradicardia (frecuencia cardíaca excesivamente lenta) o taquicardia (frecuencia cardíaca excesivamente rápida). Será la técnica del electrocardiograma quien determinará con mayor fiabilidad la causa de la que deriva la afección cardíaca del paciente.

De vital importancia resulta la prevención primaria controlando los factores de riesgo (diabetes, hipertensión, tabaquismo, realizar ejercicio, control del colesterol, consideración de factores genéticos que predispongan a esta afección, por lo que parte de la labor del personal de enfermería incluirá esta labor informativa para con el paciente.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería al paciente con SCA.

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

Teniendo en cuenta que los síndromes coronarios agudos constituyen una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad en las sociedades desarrolladas y consumen una parte significativa del presupuesto sanitario resulta de vital importancia la labor de prevención y un amplio conocimiento de los cuidados a llevar a cabo si nos enfrentamos a un problema que en nuestro país causa unas 50,000 defunciones al año en nuestro país y una media de 296.000 a nivel mundial.

El personal de enfermería estará atento en cualquiera de las fases que el paciente esté atravesando.

Entre los cuidados en la fase inicial habrá que considerar el ingreso lo antes posible en la unidad correspondiente, manteniéndolo en reposo y continuamente

monitorizado con electrocardiograma continuo. Vigilancia del tratamiento farmacológico que haya sido prescrito por el especialista. Se deberá canalizar una vía central y si es necesario el uso de un catéter arterial. Todo ello habrá que hacerlo explicándole al paciente qué procedimientos se llevarán a cabo en su tratamiento, tratando de tranquilizarlo , hacerle sentir cómodo y reducir su nivel de stress . Uso de terapia de oxígeno entre 2 y 4 litros ,manteniendo la saturación sobre una proporción de un 95 %.

Una vez realizado el cateterismo, se llevarán a cabo pruebas de laboratorio, una monitorización continua de las constantes, control de temperatura cada cuarto de hora, observación del color y movilidad, teniendo siempre bajo observación los apósitos para evitar posibles hemorragias (y en caso de que esto sucediese efectuar compresión manual). Valorar en todo momento el dolor y vigilar la primera micción.

Una vez se encuentre de alta, será importantísimo por parte del personal recalcar al paciente la importancia en los cambios de hábitos tratando de, sin alarmar excesivamente o asustarlo, darle a entender que estamos ante una lesión muy seria que puede resultar fatídica pero incidiendo en la importancia de la adquisición de buenos hábitos que mejorarán sin duda la cualidad y duración de su vida : dieta mediterránea con un consumo de sal y grasa moderados para mantener a raya el colesterol ,evitar el consumo de tabaco y/o alcohol y estrés (aconsejando terapias alternativas). Recalcarles la importancia de controlar permanentemente la tensión pues la hipertensión podría resultar fatal, subrayar la importancia de realizar al menos cinco días a la semana algo de ejercicio físico paseando. También últimamente se ha implantado en muchos hospitales la rehabilitación cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta que se trata de una patología muy demandante , por el grado de peligrosidad que reviste una lesión coronaria que en cualquier momento podría revertir en un desenlace fatal, se trata de dar los cuidados más meticulosos ,permanentes y efectivos al paciente que esté en nuestras manos.

En el momento de la primera asistencia y fase inicial por parte del personal de enfermería al paciente con SCA habrá que observar una serie de síntomas de alerta como dolor en el tórax, sudoración ,disnea, mareos o desmayos que pueden estar mostrando una presencia de arteriosclerosis en el enfermo. Entre las labores del personal estarán generarle reposo y tranquilidad explicándole los procedimientos que se llevarán a cabo (monitorización ,farmacología, oxigenoterapia, pruebas de laboratorio etc.).

Tras una anginoplastia primaria o cateterismo, el personal estará atento para llevar a cabo una monitorización continua de su constantes vitales y saturación, estando atento a su grado de dolor, su tolerancia a líquidos y posterior paulatina introducción de una dieta, controlar su primera micción así como al color o grado de movilidad que presenta.

Respecto al apósito , este deberá ser retirado transcurridas unas 5 horas para ser posteriormente colocado en estrella.

6 Bibliografía

1. Protocolo área de Gestión Clínica del corazón. Hospital Universitario de Asturias . Marzo 2021.
2. Revista electrónica de Portales Médicos. Noviembre 2015 <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-corinario-agudo-cuidados-enfermeria/>.
3. <https://www.e-mergencia.com/threads/guia-de-manejo-del-sca.11700>.
4. https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/pec_sca_st_.pdf
· Archivo PDF (pdf en francés con traducción a español).
5. <https://www.revespcardiolog.org/es-guia-esc-2020-sobre-el-articulo-...>
sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Capítulo 31

ENFERMERÍA EN LA VULNERACIÓN LEGAL DEL SECRETO PROFESIONAL

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

ALVARO NOGUERO CRUZ

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

Siempre deberá primar la privacidad y confidencialidad de la historia clínica. En la relación conocida como facultativo-paciente estará basada y establecida en un pilar básico, como es el secreto profesional. La confidencialidad como definición es el acto de poder confiar en otro lo que se tiene como oculto o reservado; el secreto profesional es el gran deber que tienen todos profesionales de no descubrir ni revelar esos datos ocultos o reservados y que han sido conocedores de ellos en el ejercicio de su profesión.

Hablando en términos jurídicos los términos intimidad y privacidad son equivalentes. Tanto personal facultativo, como personal de enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), administrativos o demás profesionales relacionados con el conocimiento de esos datos, nunca deben olvidar que en su ejercicio profesional siempre estarán, ligados a un conjunto de normas legales que

lo regularán, y de unas normas deontológicas, que deberán regir en todo momento, su conducta profesional. La historia clínica posee una doble regulación, tanto deontológica como jurídica. En cuanto a la deontológica, esta se encuentra en el Código de Deontología Médica y de la Enfermería Profesional, en lo que respecta a la jurídica, al no existir una ley específica positiva que la regule, la vemos reflejada en disposiciones legales dispersas que hacen referencia indirecta o directamente a ella.

La Constitución Española nos dice en su Art. número 18, que los derechos de las personas en relación con los datos de carácter personal (que se desarrollan en la Ley 15/1999).

La Ley General de Sanidad, además de registrar el derecho a la intimidad y la confidencialidad con carácter general en su Art. 10, en su Art. 61, dedicado a la historia clínica, dice que «...deberán quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar, y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica...». (1) El Código Penal establece Art. 197 nos expone las penas en caso de revelación de secreto profesional.

2 Objetivos

Exponer las referencias en cuanto a legislación, en las que están registradas y plasmadas las incurrencias que pueden suceder, en reseña a la revelación de secretos y a su vez que es lo que nos incumbe en este artículo, los criterios en los cuales ese secreto podría ser vulnerado siempre según la legislación.

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 publicaciones y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

De la investigación de los Arts. y textos legales en nuestra muestra, son muy pocos y contados los casos en los que se permitió la revelación del contenido de una historia clínica de un paciente. Los enumerados a continuación son las situaciones que podrían permitir esta revelación, serían:

1. La investigación, las publicaciones científicas y los estudios epidemiológicos, siempre y cuando se salvaguarde el derecho a la intimidad (Art. 15.4 del Código Deontológico; Art. 61 de la Ley General de Sanidad; LORDTAD).
2. Los partes de enfermedades de declaración obligatoria conducentes a la Jefatura Provincial de Sanidad, por tratarse de enfermedades que hacen correr un peligro a la salud de terceros o de la población general. Así mismo, se informará a los familiares y allegados que tengan riesgo de contraer la enfermedad (Arts. 18.3 y 18.4 del Código Deontológico; Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, que compone la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y normas autonómicas).
3. Los partes de incapacidad laboral temporal dirigidos al INSALUD, omitiendo el diagnóstico en el ejemplar dirigido a la empresa.
4. A la Inspección médica (Art. 61 de la Ley General de Sanidad) y a las EVIS del INSS, como elemento para otorgar las prestaciones de incapacidad laboral temporal y permanente (Orden del 18 de enero de 1996 de aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300 /1995 de 21 de julio sobre incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social), pero con el consentimiento del paciente en el caso de la incorporación permanente (Orden del 18 de enero de 1996).
5. A instancias de la Administración pública para la planificación de la sanidad, prevención, estudio de dolencias y estadísticas del INSALUD (LORDTAD).
6. A la Administración de justicia (LORTAD), en:
 - La denuncia de delitos (Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) u obligación de comunicar las lesiones y muertes violentas o sospechosas de criminalidad al juez de instrucción, mediante parte facultativo.
 - Partes de aborto, nacimiento y muerte natural dirigidos al juez del Registro Civil (Ley del Registro Civil), y de internamiento psiquiátrico compulsivo al juez de primera instancia (Art. 211 del Código Civil, modificado por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero).
 - La colaboración con la Administración de justicia, cuando el facultativo realiza la actuación en calidad de perito y se limitará a informar de aquello que tenga que ver única y estrictamente con el proceso (Arts. 410, 416, 417 y 716 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), es solicitado en calidad de testigo para proceder a informar sobre lo conocido del paciente (Art. 410 de la Ley de Enjuiciamiento

Criminal), a pesar de que la Constitución prevé en su Art. 24 que la ley regulará la exención de declarar sobre hechos conocidos por causa del secreto profesional, pero esta ley aún no se ha dictado, y cuando le es solicitado el historial para el esclarecimiento de una causa judicial (a lo que no puede negarse cuando es causa criminal, y sí cuando la causa y motivo es vía, judicial laboral, contenciosa administrativa o civil).

Tanto cuando al facultativo le es solicitado el historial clínico, como cuando es requerido y demandado en calidad de testigo, bien él o el profesional de enfermería, el proceder a seguir y que se recomienda:

- Solicitar al juez el motivo de su requerimiento.
- Adquirir la autorización escrita del paciente.
- Si cree que no es oportuno la entrega del historial, especificará al juez el porqué de ello, y señalará que teme violar el secreto facultativo profesional.
- Después de esto, deberá someterse a su criterio final, y entregará la historia omitiendo toda información personal del paciente que sea, ajena al proceso, y hacerlo saber así al juez

El facultativo o el personal enfermero que no colaboran con la Administración de justicia, cuando tienen obligatoriedad de ello, tienen que ser conocedores, de que pueden incurrir en un delito de desobediencia a la autoridad judicial (Art. 556 del Código Penal), y en un delito de denegación de auxilio a la justicia (Art. 412.1 del Código Penal). (3)

7. A requerimiento del propio paciente, que muchas veces necesitara de certificados o diversos informes sobre su actual estado de salud, y que tiene derecho a ellos (Ley General de Sanidad y Código Deontológico). No proporcionárselos dará lugar a una falta disciplinaria menos grave de la OMC (Arts. 64 y 65 de los Estatutos de la OMC).

8. En las situaciones de urgencia (LORTAD). La utilización o cesión de datos de la historia clínica con cualquier otra finalidad precisará en todo caso el consentimiento del paciente (Código Deontológico y LORTAD). Además, por el incumplimiento de este deber, sin existir el consentimiento del paciente o una imposición legal que le obligue a revelarlo, el facultativo puede incurrir en una responsabilidad profesional, si de tal revelación se llegara a derivar un daño físico o moral para el paciente.

Toda situación que fuese distinta de las mencionadas anteriormente en el apartado de resultados incurriría en una responsabilidad jurídica por ser contrarias a la ley vigente en este aspecto. La relación facultativo-paciente reposa sobre un pilar básico, que es el secreto profesional.

La confidencialidad es considerada, como el acto de confiar en otro lo que se tiene oculto o reservado; el secreto profesional es el deber y responsabilidad que tiene todo profesional de no descubrir esos datos ocultos o reservados y que han sido conocidos en el ejercicio de su profesión. Jurídicamente los términos intimidad y privacidad son equivalentes.

La labor del facultativo es inseparable de la actuación de enfermería en el ejercicio de su profesión, desde la aplicación de las órdenes de tratamiento, técnicas de diagnóstico y estudio, control de constantes, etc., hasta su labor como profesionales más próximos en tiempo y en contacto con los pacientes y familiares, que aporta esa parte de la información psico-socio-familiar de los individuos que a veces es tan necesaria e importante para comprender la patogénesis de la enfermedad y la posterior respuesta al tratamiento. Es cierto, pues, que los pilares básicos de la asistencia sanitaria, facultativo y personal enfermero, son imprescindibles para la importante labor sanitaria. Pero no podemos dejar de lado, que todo este proceso también implicará la actuación de otros miembros del equipo del personal enfermería y demás profesionales.

5 Discusión-Conclusión

De esta exposición destacamos la conclusión personal de la importancia del buen uso de las historias clínicas, ya que solo en el caso de los supuestos arriba mencionados se podría vulnerar esa confidencialidad con lo cual se deberá, en todo momento respetar lo que se llega a conocer en el historial del paciente, salvaguardar su intimidad, tanto en datos personales, como lo que se derive de la escucha, trato y asistencia en cuanto al paciente, ya que de esa parte de la información psico-socio-familiar de los pacientes a la que tenemos acceso y que a veces es tan necesaria e importante para comprender la patogénesis de la enfermedad y la posterior respuesta al tratamiento, pueden llegar a ser temas demasiados personales o relevantes y perjudiciales para el paciente o para terceras personas, si esa información saliera del ámbito al que pertenece que sería sola y estrictamente para la asistencia sanitaria. Es responsabilidad de cada profesional el saber guardar y comportarse éticamente, ya que está bien reflejado en la ley, en qué casos y en que no se puede vulnerar el secreto profesional.

6 Bibliografía

1. Castellano M. Informe acerca de la titularidad-propiedad de la historia clínica desde la normativa deontológica y facultativo-legal. Aragón Facultativo, marzo

de 1996.

2. Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos: mucho por hacer en el sistema público (I y II). *Jano* 1997; 52: 1.195-1.197.

3. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE 24-11-1995; 281: 3398734058.

4. Martínez-Pereda Rodríguez JM. La protección penal del secreto facultativo en el derecho español. *Actualidad Penal* 1996; 10: 164-174.

5. Petchey R, Farnsworth W, Heron T. The maintenance of confidentiality. - Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos: *Jano* 1997; 52: 1.195-1.197.

6. Ley General de sanidad. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>.

7. Constitución Española. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.

Capítulo 32

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

ALVARO NOGUERO CRUZ

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es considerada como un trastorno degenerativo del sistema nervioso central (SNC) donde se origina un incremento en la formación de acetilcolina y una depreciación de la producción de dopamina. Por orígenes que se desconocen, se produce la muerte de las células de la sustancia negra del mesencéfalo lo cual ocasiona un déficit del neurotransmisor dopamina.

La sintomatología inicial surge después de la pérdida del 80 % de la producción de dopamina y es más habitual en varones, sobre todo a partir de los 50 a 60 años. La triada parkinsoniana está desarrollada por un cuadro de bradicinesia, rigidez y temblor en reposo. Además, también afecta a otras regiones del sistema nervioso provocando otros síntomas no motores que pueden aparecer incluso

años antes. Algunos de estos síntomas son la depresión, la reducción del olfato, el estreñimiento y el trastorno de la conducta del sueño (REM).

Los cuidados que reciben estos pacientes influyen de manera importante en su calidad de vida, por lo que la atención enfermera al inicio de la enfermedad repercute tanto en el bienestar de Cipriano como en el de su familia.

El tratamiento del Parkinson incluye 2 aspectos: el farmacológico y las medidas no farmacológicas. El uso de fármacos es, hasta el momento, imprescindible para el tratamiento de estos pacientes. Las medidas no farmacológicas también son imprescindibles para el manejo integral de Cipriano, ya que el objetivo es mantener la mejor calidad de vida en su nueva situación de salud.

2 Objetivos

- Exponer la manera de inicio en un caso clínico de presentación de la enfermedad de Parkinson.
- Ver las medidas más eficaces para el manejo de la enfermedad de Parkinson.

3 Caso clínico

Varón de nombre Cipriano, edad de 69 años, estado civil: casado, ingeniero jubilado.

NAMC:

- No hábitos tóxicos.
- No refiere antecedentes familiares de parkinsonismo.
- Antecedentes personales: apendicectomizado, SAOS a tratamiento con CPAP.

Nos refiere que hace 5 años aproximadamente comienza a percibir temblor oscilante en miembro superior izquierdo (MSI), primordialmente en reposo. Asociado a estos episodios de temblor, también presenta trastorno del sueño REM. En la exploración se observa micrografía, hiposmia y una leve rigidez cervical, no existiendo trastorno en la marcha. Por indicación médica se realiza DATSCAN con diagnóstico probable de enfermedad de Parkinson, el cual se encuentra garantizado por los datos clínicos además de las pruebas de imagen.

Desde el diagnóstico de la patología, Cipriano está a tratamiento con carbidopa/levodopa, pramipexol, rasagilina y quetiapina. Tiene buena respuesta al tratamiento, con mejoría sustancial de los síntomas.

En la consulta de neurología, la enfermera responsable, le informa y orienta sobre los cuidados necesarios para afrontar la enfermedad.

Cuidados de enfermería individualizados:

- El ejercicio físico: como la natación, caminar, bailar; ha demostrado su eficacia y se considera que la actividad física podría enlentecer la progresión de la enfermedad, mejorar la movilidad articular, la flexibilidad muscular, la rigidez y evitar contracturas, y así frenar el incremento de las dosis de medicación.

- Alimentación: una adecuada mediación en la dieta facilita la respuesta al tratamiento con levodopa. Se recomienda ingerir esta antes de las comidas y dejar los alimentos ricos en proteínas para la noche y así facilitar la absorción. La dieta ha de ser normoproteica (15 % proteínas/día) pero han de repartirse de manera que se consuman un 12 % de este total a la cena. Pueden aumentar la velocidad de absorción de la levodopa las bebidas carbonatadas y la vitamina C.

El tratamiento con levodopa entorpece en la eliminación intestinal provocando estreñimiento, y para prevenir esta situación se deben adoptar medidas higiénico dietéticas. Se debe ingerir suficiente cantidad de líquidos (preferiblemente agua) e incrementar el consumo de fibra (fruta, verduras, cereales integrales), así como reducir los alimentos astringentes como el plátano y el arroz.

Se debe instruir al paciente en la administración de la levodopa. Debe tomarla 1 hora aproximadamente precedente de las comidas, con el estómago vacío, lo cual facilita la absorción y que no interfiera con los alimentos. En caso de que el tratamiento produzca malestar gástrico o náuseas, se puede tomar con alimentos que no contengan proteínas o grasas (también dificultan la absorción) , como puede ser una infusión. No debe suspender el tratamiento de forma unilateral, ya que se produciría un empeoramiento de los síntomas.

Plan de cuidados estandarizados:

Necesidad de comunicación:

- Afrontamiento individual ineficaz (NANDA:00069).

NOC: Aceptación estado de salud (1300), afrontamiento del problema (1302).

NIC: Apoyo emocional (5270), escucha activa (4920), mejorar el afrontamiento (5230).

- Necesidad de moverse:

- Deterioro de la movilidad física (NANDA: 00085).

NOC: Movilidad (0208).

NIC: Terapia ejercicios: control muscular (0226).

- Necesidad de eliminación:

Estreñimiento (NANDA: 00011).

NOC: Eliminación intestinal (0501).

NIC: Control intestinal (0430), Manejo de líquidos (0450).

- Necesidad sueño/reposo:

Insomnio (NANDA: 00095).

NOC: Descanso (0003), Sueño (0004). NIC: Mejora del sueño (1850).

4 Discusión-Conclusión

La aplicación de un plan de cuidados estandarizado nos permite ofrecer los cuidados necesarios para que el paciente pueda afrontar esa nueva etapa de su vida como enfermo de Parkinson. En los momentos iniciales después del diagnóstico, cobran especial relevancia estos cuidados ya que serán fundamentales para ralentizar el progreso de la enfermedad.

Asimilar la enfermedad y convivir con ella favorecerán una mejor calidad de vida. La capacidad de afrontamiento: se verá reforzada con la información sobre los aspectos relevantes de la enfermedad de Parkinson y sobre su evolución, y así tendrán un mejor control de los síntomas tanto el paciente como su familia. Hay que ayudarles a afrontar el miedo y facilitar los medios para que el enfermo aprenda a vivir con su nueva situación. Es importante que el paciente y la familia conozcan los cambios que conlleva su nueva situación de salud y hay que favorecer que verbalice sus dudas y temores.

5 Bibliografía

1. García Manzanares M.^a Concepción, Jiménez Navascués M.^a Lourdes, Blanco Tobar Esther, Navarro Martínez María, Perosanz Calleja María de. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2022 Ene 19] ; 29(4): 171-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171&lng=es.
2. C Manuela. Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Universidad Rev. Ind.Santander. Salud [Internet]. marzo de 2018 [citado el 18 de enero de 2022]; 50(1): 79-92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072018000100079&lng=en. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n1-2018008>.
3. Búsqueda en bases bibliográficas en Google: Scielo o Medline Plus. - Manual básico de enfermería en neurología (Coordinadora M.^a Isabel Curto Prado).

Capítulo 33

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE LOS CITOSTÁTICOS

GENESARET VÁZQUEZ CASTELLANOS

PATRICIA GALÁN ARBOLEDAS

EVA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MARIA EUGENIA DE TORO DURÁN

ALVARO NOGUERO CRUZ

1 Introducción

Para este estudio y exposición debemos dar comienzo hablando de los agentes citostáticos son sustancias capaces de frenar y bloquear el progreso de la neoplasia. Inhiben la maduración y el crecimiento de células malignas siendo capaces de actuar cuando las células están en proceso de división. Se usan principalmente como tratamiento antineoplásico.

Según su agresividad tisular se pueden clasificar de tres formas que son en: vesicantes, irritantes y no agresivos. Los vesicantes son aquellos que tienen la capacidad de producir daños en los tejidos como ampollas, desprendimientos de piel o necrosis.

Los irritantes pueden producir dolor en el sitio donde se han extravasado y a lo largo del trayecto venoso, así como una reacción inflamatoria que va asociada con

flebitis principalmente. Los no agresivos o no vesicantes salvo que se administren en dosis elevadas no dan complicaciones.

A continuación expondremos la Clasificación de los citostáticos siguiendo la el recorrido en cuanto a su agresividad tisular.

- Vesicantes: amsacrina, actinomicina, daunorubicina, doxorubicina, epirubicina, estramustina, epirubicina, estramustina, estreptozocina, idarubicina, mecloretamina, mitomicina, mitramicina, vinblastina, vincristina, vindesina y vinorelbina.
- Irritantes: carmustina, cladribina, dacarbazina, docetaxel, etopósido, mitoxantrone, paclitaxel, tenipósido, tiotepa.
- No agresivos: asparaginasa, bleomicina, carboplatino, cisplatino, ciclofosfamida, citarabina, fludarabina, fluorouracilo, gemcitabina, ifosfamida, irinotecan, melfalan, metotrexate, mitoguazona, pentostatina, topotecan.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las complicaciones derivadas de la administración de citostáticos.

Objetivos secundarios:

- Detallar los pasos a seguir ante una extravasación.
- Describir las medidas preventivas para evitar las complicaciones.

3 Metodología

Búsqueda sistemática de artículos y publicaciones en Elsevier, Pubmed, Lilacs y Google Académico, así como en guías clínicas del Ministerio de Sanidad y de diversas comunidades autónomas.

Para ello se han utilizado los siguientes Descriptores: extravasación, quimioterapia, antineoplásicos, efectos secundarios y citostáticos.

4 Resultados

- Cuando al administrar en el paciente un Agente Citostático este pasara del torrente sanguíneo a los tejidos colindantes, aquí es cuando hablamos de extravasación. Los síntomas van desde el dolor, prurito, eritema, quemazón, hinchazón, palidez, induración hasta piel fría o caliente. La disminución del ritmo

de infusión, así como la ausencia de retorno venoso a través de la cánula son otros de los síntomas.

La extravasación puede producirse en un punto distal al de la administración si ha habido cateterizaciones y/o extracciones sanguíneas previas y recientes en el mismo miembro. Es lo que se conoce como extravasación a distancia. El fenómeno de recuerdo tiene lugar cuando se produce una extravasación en el mismo lugar donde se había producido una extravasación previa al administrar de nuevo el mismo citostático, aunque sea en un sitio diferente. A veces las extravasaciones pueden y son confundidas con reacciones adversas propias del agente citostático. El daño producido dependerá del tipo fármaco, su volumen y concentración. La falta en ocasiones de experiencia por parte del profesional en el manejo de citostáticos, la incapacidad por parte del paciente de comunicarse, la integridad venosa disminuida, las infusiones continuadas de larga duración, la presión venosa elevada, los antecedentes de extravasaciones previas, así como la elección incorrecta de la zona de punción y del catéter se consideran condicionantes de riesgo de una extravasación.

- Ante la más mínima sospecha se deberá detener la infusión por parte del primer profesional de enfermería que se dé cuenta. Sin retirar el catéter, comprobaremos aspirando con una jeringa si hay retorno venoso y extraeremos entre 3-5 ml de sangre, delimitando los bordes del área afectada. En caso de que se forme una ampolla subcutánea se extraerá su contenido. Prepararemos el "Kit" o botiquín para extravasaciones y avisaremos al médico. Este botiquín estará dotado de antidotos específicos (Dimetilsulfóxido 99 %, Tiosulfato sódico 1/6M y mucopolisacaridasa), compresas o bolsas de frío y calor, antisépticos (povidona yodada 10 % y alcohol 70°) y material para su administración (jeringas de insulina, jeringas de 2 y 10 ml, agujas IV y SC y gasas estériles), tendrá también un esquema sencillo sobre cómo tratar una extravasación, la clasificación de los agentes citostáticos según su agresividad tisular y una hoja para registrar la extravasación.

Si el fármaco dispone de un antidoto específico procederemos a su administración. Elevar el miembro afectado, colocar apósito evitando cualquier tipo de vendaje compresivo. Dependiendo del citostático extravasado se aplicará compresas secas con frío o calor. La aplicación de frío estará indicada en caso de que se trate de fármacos vesicantes o irritantes a excepción de los alcaloides de la Vinca (vincristina, vinblastina y vinorelbina) y epipodofilotoxinas como etopósido. La vasoconstricción que produce evita la propagación tanto del fármaco como de la lesión y disminuye tanto el dolor como la inflamación. El calor se utilizará para los alcaloides de la Vinca y epidofiloxotinas. Este provoca que el flujo sanguíneo aumente gracias a la vasodilatación y por consiguiente, que el fármaco se elim-

ine con mayor rapidez. Si el fármaco extravasado es la mitomicina, la dacarbazina o el fluorouracilo le diremos al paciente que debe evitar la fotoexposición de la zona afectada. En caso de sospecha de infección se iniciará terapia antibiótica sistémica. Los gérmenes más frecuentes son los Gram +.

Se deberá registrar en la historia clínica y en la hoja de extravasaciones dicho suceso. Debemos dejar constancia del tipo de signos y síntomas que tiene el paciente, la cantidad de fármaco extravasado, las medidas que se han llevado a cabo y el tiempo que ha pasado entre ambas. Debemos informar al paciente de lo sucedido, paliando el dolor con analgésicos si es necesario. Si precisa curas las programaremos y de esta manera observaremos también su evolución.

- Disponer de personal cualificado, con los conocimientos y el bagaje necesario para la administración de los mismos es fundamental. La vigilancia estrecha durante la administración del tratamiento ayudará a identificar de manera precoz los signos de extravasación. Explicar al paciente los síntomas derivados de una extravasación y solicitar su colaboración para que, en caso necesario avise si identifica algún tipo de anomalía.

- Es preciso elegir adecuadamente el lugar de punción para evitar riesgos. Si el paciente dispone de un acceso venoso central éste será la primera elección para la administración del tratamiento. En su ausencia, se canalizará un acceso venoso periférico a poder ser en la zona del antebrazo. No puncionar en la flexura, dorso de la mano, zonas con signos de flebitis o alteraciones de la sensibilidad, ya que si existe cualquier complicación el paciente será incapaz de dar la voz de alarma. Tras canalizar el acceso venoso se procederá a su sujeción, dejando siempre a la vista el punto de punción, comprobaremos su permeabilidad administrando 5-10 ml de suero fisiológico. El equipo que emplearemos para la administración del antineoplásico estará purgado con suero limpio para evitar males mayores en caso de derrame durante el proceso de conexión. Evitaremos la desconexión durante la infusión del tratamiento, prestando especial cuidado al conectarlo y desconectarlo. Si es necesario purgar el sistema o una jeringa con citotóxicos utilizaremos unas gasas estériles impregnadas en alcohol. Administrar los vesicantes en primer lugar y lavar con suero salino o glucosado entre un citostático y otro. Al finalizar la infusión se retirará todo el sistema sin desconectar el equipo del citostático.

5 Discusión-Conclusión

La mejor medida de prevención es el conocimiento. Si el personal tiene experiencia en la manipulación y tratamiento de citostáticos, identificará de manera

precoz cualquier síntoma y actuará en consecuencia con la mayor brevedad posible. Una formación adecuada favorece la seguridad y calidad de cuidados que se proporcionan al paciente. La educación y concienciación de la familia y del paciente es otro de los pilares fundamentales para prevenir las extravasaciones. Disponer de un protocolo de actuación, así como de un botiquín de extravasaciones permite actuar con premura y de manera correcta. Muchos antineoplásicos no disponen de un antídoto específico y los que existen, disponen a día de hoy de poca evidencia científica.

6 Bibliografía

1. Gómez BG. Universidad de Antioquia departamento de posgrado facultad de enfermería Medellín. 2018;(2018):75.
2. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (España), Comisión de Salud Pública. Agentes citostáticos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2003.
3. Protocolo-manejo-seguro-de-citostaticos-2999.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2019].
4. Consideraciones en el manejo de la extravasación.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
5. Satellite.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
6. Practicas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.pdf[Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
7. Díaz et al. - Cuidados de enfermeria en la administración de cit.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].

Capítulo 34

TECNICAS DE ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO SEGÚN LOCALIZACIÓN Y COMPLICACIONES DERIVADAS DEL PROCEDIMIENTO

ANA IZCO SALINAS

IRANZU GONZÁLEZ SENOSIAIN

MARCO ALDONZA TORRES

VANESSA RODRIGUEZ MUÑIZ

VIRGINIA ALBERO GARRIDO

1 Introducción

Según la bibliografía encontrada, uno de los aspectos más nombrados es que el cáncer de esófago es una de las neoplasias más letales y que tiene peor pronóstico dado que es una enfermedad silente que es diagnosticada cuando la enfermedad está en estado avanzado. Una de las razones es que el esófago carece de capa serosa y que sus vías de drenaje linfático son muy complejas.

En cuanto a incidencia, fuentes recientes la ordenan como la octava más frecuente a nivel mundial y la tercera si lo limitamos a las neoplasias gastrointesti-

nales. Las tasas de supervivencia a cinco años se limitarían a un 15-20 %.

Hay dos grandes grupos según su histología: carcinoma de células escamosas (CCE) y adenocarcinoma (ADC), entre ambas suponen el 90 % del total de casos, cada uno de los cuales tiene diferente incidencia según demografía, distintos factores de riesgo y localizaciones en el órgano. El 10 % restante serían melanomas, leiomiomas y lesiones metastásicas.

El carcinoma de células escamosas (CCE) es el más extendido a nivel mundial (90 %); la incidencia es más alta en Asia (Japón y China), Sureste Asiático y zona central y sur de África. Se localiza con más frecuencia en el tercio medio del esófago con el 50-60 % de los casos. Los factores de riesgo son: edad entre 60 a 70 años; hábito tabáquico; consumo de alcohol; raza negra; dieta rica en nitrosamidas y micotoxinas; lesiones por consumo de cáusticos; acalasia; alimentos y bebidas muy calientes; gastritis atrófica.

El adenocarcinoma (ADC) se originan desde la mucosa columnar (esófago de Barrett) en el tercio inferior del esófago. Los más comunes son los infiltrativos con un 40-50 % de los casos. Es el subtipo más frecuente en Europa y América del Norte y la incidencia va en aumento. Los factores de riesgo serían diferentes a los del CCE: edad entre los 50 a 60 años; sexo masculino; enfermedad por reflujo gastroesofágico; raza blanca; tabaquismo; obesidad; esófago de Barrett.

Las principales características clínicas son: disfagia (primero a sólidos y luego a líquidos); pérdida de peso; regurgitación de alimentos; halitosis; odinofagia; dolor retroesternal; pirosis; tos; ronquera; hipo; hematemesis; melenas; anemia ferropénica; dispepsia; síndrome de la vena cava superior y síndrome de Claude Bernard Horner.

Las pruebas diagnósticas más destacadas serían: esofagograma; endoscopia digestiva alta; ecoendoscopia (USE) con PAAF; tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis; tomografía por emisión de positrones (PETC-TC) ; resonancia magnética y broncoscopia.

En el año 2017 se publicó la 8ª edición de la clasificación TNM para los cánceres epiteliales y UEG (Unión Gastroesofágica), cuya principal novedad consiste en la introducción de clasificaciones separadas y relacionadas temporalmente con el cáncer (10). Una de las ventajas es que valora a un mayor número de pacientes. Se divide en tres estados:

- Estadío clínico (cTNM): basado en el examen físico y las pruebas de imagen, no

en la biopsia.

- Estadío postneoadyuvante (ypTNM): se basa en el tratamiento preoperatorio (QT+/- RTP) seguido de la esofaguectomía. Se evalúan las muestras patológicas extraídas de la intervención.
- Estadío patológico (pTNM): basado en el examen histológico tras la esofaguectomía. Es la más útil para los cánceres en etapa más temprana.

El tratamiento tanto quirúrgico como de terapias oncológicas (quimio- radioterapia) ha ido evolucionando en los últimos años, siendo el primero de ellos el que se considera el Gold Standar según las fuentes consultadas. En España se practican unas 700 esofaguectomías al año (4) y la tendencia es que dicha práctica vaya en aumento debido al incremento de los casos de adenocarcinoma de esófago.

De los diferentes tipos de abordaje quirúrgico, su elección dependerá de cada caso y otros factores como la localización del tumor, de la vía de abordaje y la extensión de la linfadenectomía. En el apartado de resultados describiremos cada una de las técnicas. También hemos encontrado fuentes donde se subraya las múltiples ventajas de la vía mínimamente invasiva sobre la técnica abierta.

No se puede ignorar la posibilidad de aparición de complicaciones tras la esofaguectomía. A grandes rasgos, se podrían clasificar como infecciosas y no infecciosas. Del primer grupo, una de las más destacadas sería la neumonía. Como complicaciones no infecciosas, se describe en numerosa bibliografía las fugas anastomósicas, tanto a nivel cervical como torácico; ésta no deja de ser una complicación con incidencia variable (3.5-21 %) (3) y que puede ser mortal, dependiendo de cómo se presente. La clasificación de Clavien Dindo es una escala estratifica la gravedad de las complicaciones en función del tratamiento.

Tras una búsqueda intensa, ha sido difícil priorizar qué contenido poníamos en el capítulo y cual no. Esperamos que sea útil para quien lo lea y nos ayude a conocer esta patología y su tratamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los criterios de operabilidad.

Objetivos secundarios:

- Describir el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago: tipos de técnicas más comunes (McKeown, Ivor Lewis y Orringer).

- Enumerar las ventajas de la esofaguectomía mínimamente invasiva sobre la técnica abierta.
- Enumerar las complicaciones más comunes.

3 Metodología

Hemos hecho una revisión sistemática en las siguientes fuentes:

- Buscadores y bases de datos de internet (google académico, pubmed, scielo, CUIDEN).
- Guías clínicas de Asociaciones de cirugía.
- Exposiciones de Congresos.

Palabras clave: cáncer de esófago, esofaguectomía; esófago de Barret; Ivor Lewis; McKeown; Orringer y esofaguectomía mínimamente invasiva.

4 Resultados

Generalidades del tratamiento:

En esta revisión nos vamos a centrar en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago, no por ello queremos quitar importancia a otras opciones como la terapia combinada de radio y quimioterapia, cada vez más extendidas y aplicadas debido a los avances científicos y empíricos.

La esofaguectomía con intención curativa es la mejor opción para que el paciente se cure de manera definitiva. Hoy en día, cada caso tiene que ser estudiado y analizado de manera individualizada por un equipo multidisciplinar.

Los tratamientos neoadyuvantes previos combinados pueden llegar a conseguir remisiones completas en casi la mitad de los casos (44 %) y reducciones en el 75 % de los pacientes. En tumores localmente avanzados mejoran las posibilidades de la cirugía. Se están desarrollando las técnicas mínimamente invasivas, las cuales presentan múltiples ventajas con respecto a la técnica abierta y reduce las posibilidades de complicaciones postquirúrgicas.

Existen unos criterios de operabilidad para seleccionar a los pacientes candidatos a cirugía, ya que este procedimiento sigue teniendo una alta morbilidad y mortalidad. Estos criterios son los siguientes:

- Edad: no debe ser una contraindicación por si misma para la cirugía, ya que va a ser la comorbilidad asociada la que tenga más peso en las complicaciones.

La técnica mínimamente invasiva (toracoscopia vs toracotomía) puede ser una buena opción para pacientes con edades superiores a 70 años.

- Función respiratoria: las complicaciones pulmonares son la mayor causa de mortalidad postoperatoria. Como requisito importante, el paciente debería tener una capacidad vital forzada superior al 80 % o un FEV1 superior al 70 %. Antes de la intervención, habrá que realizar al paciente una espirometría y gasometría. Una medida preventiva básica es la fisioterapia respiratoria, tanto con el inspirómetro incentivador como sesiones presenciales con un fisioterapeuta, también con ejercicios aeróbicos y entrenamiento de la musculatura respiratoria.
- Función cardiovascular: hay que evaluarla de manera obligatoria en pacientes con antecedentes de isquemia cardiaca, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrovasculares, diabetes Mellitus insulino dependiente o insuficiencia renal (creatinina superior a 2.0 mg/dl) Habrá que realizarles un ecocardiograma y, en los casos en los que sea preciso, pruebas de esfuerzo y coronariografía.
- Estado nutricional: la malnutrición se relaciona con mayor riesgo de complicaciones infecciosas. Niveles bajos de albúmina pueden ser causantes de mayor morbimortalidad postoperatoria. En los pacientes que no puedan ingerir por vía oral y que vayan a ser tratados con terapia neoadyuvante, se puede plantear hacer una dilatación esofágica o colocarle yeyunostomía por vía laparoscópica. No estaría indicada la gastrostomía ya que puede dificultar la confección posterior de la plastia gástrica. Tampoco sería conveniente colocar prótesis esofágicas ya que complicarían la disección debido a la fibrosis que producen. La nutrición parenteral solamente estaría indicada para aquellos pacientes operables y susceptibles de resección en los que no se ha conseguido nutrirlos de manera adecuada por vía oral o enteral antes de la esofagectomía.
- Obesidad: conlleva un sobrerriesgo a posible aparición de atelectasias, aunque no se asocia a mayor riesgo operatorio y no se considera una contraindicación.
- Función hepática: en pacientes con alteración de la función hepática, ha de realizarse una biopsia hepática para evaluar el grado de cirrosis. Solamente serán susceptibles de intervención aquellos con un Child A y en casos muy seleccionados, los cuales no hayan presentado complicaciones secundarias a la cirrosis, en especial la hipertensión portal.

Tratamiento quirúrgico:

En el momento actual, hay diferentes técnicas quirúrgicas para la resección del cáncer de esófago. La elección de una u otra dependerá de cada caso, de la localización del tumor, de lo extensa que vaya a ser la linfadenectomía y de la vía de abordaje. Las técnicas más practicadas en Occidente serían las siguientes:

1. Técnica de Orringer: esofagectomía por vía transhiatal con anastomosis cer-

vical: puede ser realizada por una laparotomía y cervicotomía combinadas. Se practica una disección ciega del tramo torácico alto del esófago. En ocasiones, se precisa una pequeña incisión vertical del diafragma hacia el hiato para dilatarlo (maniobra de Pinotti o maniobra de Dragstedt) La reconstrucción se realiza mediante ascenso gástrico y anastomosis esofagogástrica cervical Tiene varias ventajas:

- No precisa intubación aérea selectiva durante el procedimiento.
- La morbilidad postoperatoria es menor al evitar la toracotomía.
- La anastomosis cervical previene de dehiscencias graves intramediastínicas.

También cuenta con alguna desventaja:

- Suelen ser frecuentes las complicaciones como fístulas anastomóticas y las estenosis a nivel cervical.
- La linfadenectomía es mucho más limitada que la que se realiza por vía transtorácica.

Se suele realizar en tumores de cardias y de esófago distal en estadios precoces (T1) sin extensión ganglionar ni compromiso extraesofágico; también en pacientes con mucha patología de base. Su principal complicación es la estenosis de la anastomosis y la fístula (40% de los casos) La mortalidad es inferior al 5 %.

2. Técnica de Ivor Lewis: esofaguectomía por vía abdominal y torácica drcha. con anastomosis intratorácica: durante el procedimiento se cambia de postura dos veces al paciente:

- Se empieza la intervención con el paciente en decúbito supino; se practica una laparotomía para la disección hiatal con movilización y división gástrica para su posterior ascenso al tórax. Se cierra el abdomen.
- Se coloca al paciente en decúbito lateral para realizar una toracotomía drcha. en el quinto espacio intercostal. Para este abordaje es preciso una intubación selectiva pulmonar con colapso del pulmón derecho. Para acceder al mediastino medio hay que seccionar la vena ácigos en su cayado, permite la disección esofágica, la linfadenectomía infracarinal completa y paratraqueal y, si fuera necesario, la resección del conducto torácico.

El estómago se pasa por vía transhiatal y se realiza la anastomosis esofagogástrica por encima del nivel del cayado de la vena ácigos.

Una de las ventajas es que permite una linfadenectomía más completa y bajo visión directa que por vía transhiatal y una anastomosis más segura y mejor vascularizada. La exposición de los órganos adyacentes es buena.

Entre las desventajas, contamos con la esofagitis postoperatoria asociada y la mortalidad causada por una dehiscencia en la anastomosis mediastínica. La fuga de la misma supone una mortalidad del 65%

Está indicado en los tumores localizados por debajo del nivel de la carina traqueal y en los tumores de cardias. El paciente debe tener una buena reserva pulmonar ya que los problemas respiratorios son la causa principal de morbilidad.

- Técnica de Mckweown: esofaguectomía por triple vía (abdominal, torácica derecha y cervical izquierda.): La vía por el tórax para disecar el esófago en toda su extensión; para ello hay que seccionar la vena ácigos en su cayado y se practica una linfadenectomía mediastínica. Se inicia la cirugía con el paciente en decúbito lateral para acceder por toracotomía derecha a través del quinto espacio intercostal.

Se cambia de postura al paciente a decúbito supino para practicarle una laparotomía o laparoscopia para la disección gástrica e hiatal, se confecciona una gastroplastia tubular que será ascendida hasta nivel cervical.

En el cuello, se practica una cervicotomía lateral izquierda para permitir el acceso al esófago a ese nivel y seccionarlo para poder hacer la anastomosis esofagogástrica.

Esta técnica permite una linfadenectomía extensa en los tres niveles ganglionares (cervical, torácico y abdominal) Debido a su complejidad, también precisa de intubación pulmonar selectiva con colapso pulmonar derecho durante la toracotomía.

Está indicado para tumores de esófago medio o alto, por encima del nivel de la carina traqueal y en los tumores distales asociados a una extensa metaplasia intestinal.

- Cirugía mínimamente invasiva: se sustituye la laparotomía por la laparoscopia y la toracotomía por la toracoscopia, sin alterar los principios marcados para la resección correcta.

En la técnica de Orringer se mejoraría la visión directa del esófago hasta tramos altos de la disección en el mediastino, aunque también sería necesaria una pequeña laparotomía final para extraer la pieza. El tubular gástrico puede llevarse a cabo por laparoscopia o externamente a través de la laparotomía.

En la esofaguectomía bajo técnica de Mckweown, se empieza con una toraco-

scopia para seccionar la vena ácigos en su cayado y la disección esofágica empezando por la zona próxima al diafragma y siguiendo en sentido craneal, asociando la linfadenectomía elegida. Es preciso el colapso pulmonar completo. Al paciente se le colocaría en decúbito prono para una mejor exposición del mediastino posterior. Más tarde se pasa a laparoscopia y cervicotomía lateral izquierda simultáneas en decúbito supino para confeccionar el tubo gástrico y ascenderlo hasta el cuello para realizar la anastomosis.

En la técnica de Ivor Lewis, el primer paso sería la fase abdominal por laparoscopia. Posteriormente, se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo o decúbito prono para la disección esofágica, la linfadenectomía mediastínica, el ascenso del tubo gástrico y la anastomosis intratorácica alta. Ésta última es la más complicada por esta vía, por lo que la experiencia todavía es limitada.

Múltiples estudios han descrito las ventajas de esta técnica sobre la esofagectomía abierta, son las siguientes (7) (16):

- Disminuye la incidencia de complicaciones respiratorias (neumonía) y cardiovasculares (arritmia, fallo cardíaco, infarto de miocardio, trombosis, tromboembolismo pulmonar).
 - Disminución de los casos de laceración esplénica, laceración traqueal, neumotórax, quilotorax y hemorragia.
 - Disminución de los índices de mortalidad.
 - Menos pérdida de sangre.
 - Reducción de la necesidad de ventilación mecánica postoperatoria.
 - Reducción de la estancia hospitalaria, pudiendo llegar a reducirse entre 2 y 3 días.
 - Las resecciones R0 son superiores en cirugía mínimamente invasiva que en la abierta, con un 92 % y 84 % respectivamente, lo cual no pasaría en las resecciones R1, en los que supera la técnica abierta con un 15.6 % frente a 6.1 % en técnica mínimamente invasiva:
- Mejor control del dolor postoperatorio.
Mejor recuperación funcional.
Mejora la calidad de vida a corto plazo.
Mayor tiempo de supervivencia.

El riesgo de fuga de la anastomosis es similar entre ambas técnicas, al igual que las complicaciones gastrointestinales (necrosis del tubo gástrico, retraso del vaciamiento gástrico) La duración de la intervención suele ser más larga que en la cirugía abierta.

Este mismo estudio (7), resalta también las ventajas de la posición prono durante la intervención:

- Menos complicaciones respiratorias.
- Reducción del tiempo de intervención
- Buena exposición del campo quirúrgico.
- Favorece la buena postura ergonómica del cirujano.

Complicaciones:

A pesar de los avances y el desarrollo de técnicas quirúrgicas cada vez menos invasivas, la esofagectomía no deja de ser una intervención con muchos riesgos de morbilidad y mortalidad al tratarse de una técnica que abarca una extensa área corporal y diferentes sistemas que son esenciales para la vida (respiratorio, cardíaco, digestivo...).

La mortalidad tras la resección esofágica llega casi al 10 % y la aparición de complicaciones llegaría al 50% de los casos, tanto en técnica abierta como en cirugía mínimamente invasiva. La incidencia de complicaciones ronda entre el 17 y el 75 %. (3)

Para clasificar las complicaciones, se utiliza la Clasificación de Clavien-Dindo para las complicaciones quirúrgicas. No es única para la esofagectomía pero es la que hemos visto que se aplica en diversos estudios (2).

1: Cualquier desviación de la normalidad que altera el curso natural del postoperatorio, sin necesidad de tratamiento farmacológico, quirúrgico, endoscópico o de radiología intervencionista. Se incluyen las dehiscencias por infección de la herida

Se permiten los siguientes regímenes terapéuticos en esta categoría: antieméticos, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, electrolitos y fisioterapia.

2: Complicaciones que requieren tratamiento farmacológico con otros medicamentos no mencionados en la anterior categoría. Incluye transfusiones de sangre y nutrición parenteral total.

3: Complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico, endoscópico o de radiología intervencionista.

- Intervención que no requiere anestesia general.
- Intervención que requiere de anestesia general.

4: Complicaciones que compromete a la vida del paciente y requiere manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Incluyen complicaciones del SNC.

- Disfunción de un solo órgano. Incluye la diálisis.
- Disfunción multiorgánica.

5: Muerte del paciente.

1. Complicaciones pulmonares:

- Neumonía.
- Derrame pleural que precisa de drenaje.
- Neumotórax.
- Atelectasia con tapones mucosos (pueden precisar broncoscopia).
- Insuficiencia respiratoria, que precise de reintubación.
- Síndrome de distres respiratorio agudo.
- Aspiración aguda.
- Lesión traqueobronquial.
- Mantenimiento del tubo torácico por fuga de aire por más diez días durante el postoperatorio.
- Quilotórax.
- Hemotórax.

2. Complicaciones cardíacas:

- Paro cardíaco.
- Infarto agudo de miocardio.
- Arritmia auricular.
- Arritmia ventricular.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Pericarditis.

3. Complicaciones gastrointestinales:

- Fuga de la anastomosis.
- Fracaso de la plastia.
- Íleo paralítico.
- Obstrucción del intestino delgado.
- Hemorragia gastrointestinal.
- Enlentecimiento del vaciado de la plastia.
- Pancreatitis.
- Insuficiencia hepática.
- Síndrome de Dumping.
- Reflujo gastroesofágico.

4. Complicaciones urológicas:

- Insuficiencia renal aguda.
- Infección urinaria.

- Retención urinaria.

5. Complicaciones tromboembólicas:

- Trombosis venosa profunda
- Ictus.
- Tromboflebitis periférica.
- Embolia pulmonar.

6. Complicaciones neurológicas y psiquiátricas:

- Lesión del nervio laríngeo recurrente.
- Delirium agudo.
- Delirium tremens.

7. Complicaciones infecciosas

- Infección de la herida que precise apertura y/o antibióticos.
- Infección del catéter venoso central.
- Absceso intratorácico o intraabdominal.
- Sepsis generalizada.

8. Complicaciones de la herida y diafragma:

- Dehiscencia de la herida.
- Eventración.
- Hernia diafragmática aguda.

9. Otras complicaciones

- Fuga de quilo.
- Hemorragia.
- Síndrome de disfunción multiorgánica.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de esófago es una neoplasia con altos índices de morbimortalidad debido a la complejidad de la técnica y a que muchos de los tumores son diagnosticados cuando la enfermedad ya está en estadios avanzados. Los índices de supervivencia a 5 años son todavía relativamente bajos (15.20 %). En las últimas décadas se han producido numerosos avances con las terapias neoadyuvantes previas a la cirugía y con las técnicas quirúrgicas cada vez más precisas y avanzadas.

Se ha podido comprobar en diferentes estudios que la cirugía mínimamente invasiva tiene múltiples ventajas y que reduce de manera significativa las complica-

ciones postoperatorias. Las formas híbridas (laparotomía/laparoscopia y toracotomía/toracoscopia) pueden ser tenidas en cuenta y cada vez serán más utilizadas.

6 Bibliografía

1. Nazario Dolz AM, Romero García LI, Suárez Rodríguez JA, Falcón Vilariño GC, Matos Tamayo ME. Predictores de complicaciones y muerte en pacientes con esofagectomía por cáncer de esófago. Medisan [Internet]. 2022 [citado el 16 de junio de 2022];26(2):240–54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000200240.
2. Dolz AMN, Rodríguez JAS, García LIR, Vilariño GCF, Tamayo MEM, Fernández ZR. Complicaciones de la esofagectomía por cáncer de esófago. Rev cuba cir [Internet]. 2022 [citado el 16 de junio de 2022];61(2). Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1331/697>.
3. Manuales de Práctica Clínica [Internet]. Aecirujanos.es. [citado el 16 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/Guias-AEC_es_2_1.html.
4. Díez I. Editorial: retos actuales en cirugía oncológica esófago-gástrica [Internet]. Acircalrevista.es. [citado el 16 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.acircalrevista.es/wp-content/uploads/2020_1_7_01_Editorial.pdf.
5. Hernández Cortés K, Medina García C, Hernández Cortés N. Caracterización clínica, epidemiológica y anatómica del cáncer de esófago. Rev cuba med gen integral [Internet]. 2020 [citado el 16 de junio de 2022];36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400011.
6. Mesa Izquierdo O, Martínez Martínez T, Macías Ochoa Y, Ramos Rodríguez AO, Escalona Ferro O. Caracterización y oportunidad del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de esófago. Rev cuba cir [Internet]. 2021 [citado el 16 de junio de 2022];60(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000300001.
7. González JAC, Curbelo ONM, Ortega JCB, Díaz CAR, Pérez RIA, Mursulí AL. Caracterización de pacientes operados por cáncer del esófago en Cuba. Rev cuba cir [Internet]. 2021 [citado el 16 de junio de 2022];60(4). Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1191/658>.
8. Zambrano Zambrano FC, Vélez Macías MA, Chacha Suscal NR, Basurto Macías GG, Pesantez Durán FA. Sintomatología y tratamiento en cada etapa del paciente con cáncer de esófago. RECIAMUC [Internet]. 2020 [citado el 16 de junio de 2022];4(4):263–72. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/584>.
9. Parra-Soto S, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordeñez

- AM, Troncoso-Pantoja C, Ulloa N, et al. Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020 [citado el 16 de junio de 2022];148(10):1489–95. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001489.
10. Servicio E-E-D, Gastroenterológica C, Esófago-Estómago S, Servicio D, Denoix EPP, et al. Nueva clasificación para el pronóstico del cáncer de esófago. Novedades de la 8va edición de la clasificación tnm [Internet]. Org.ar. [citado el 16 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.sact.org.ar/revista/2018/mayo/3.pdf>.
11. Rodríguez JAS, Dolz AMN, García LIR, Vilariño GCF, Fernández ZR, Reyes GOR. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago operados mediante esofagectomía programada. *Rev cuba med mil* [Internet]. 2022 [citado el 16 de junio de 2022];51(1):02201689. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1689/1235>.
12. Huang F-L, Yu S-J. Esophageal cancer: Risk factors, genetic association, and treatment. *Asian J Surg* [Internet]. 2016 [citado el 16 de junio de 2022];41(3):210–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986415/>.
13. Low DE, Allum W, De Manzoni G, Ferri L, Immanuel A, Kuppusamy M, et al. Guidelines for perioperative care in esophagectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations. *World J Surg* [Internet]. 2019 [citado el 16 de junio de 2022];43(2):299–330. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30276441/>.
14. Borrázeg-Segura BA, Montoya-Botero JA, Meneses PA, Abadía M, Pinilla RE, Oliveros R. Esofagectomía en un centro suramericano de tratamiento del cáncer. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2018 [citado el 16 de junio de 2022];33(1):71–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822018000100071.
15. Braghetto M. I, Figueroa G. M, Sanhueza P. B, Valladares H. H, Cardemil H. G, Cortés L. S, et al. Evolución y pronóstico oncológico de fistulas anastomóticas esofágicas en el tratamiento del cáncer de esófago. Estudio comparativo según vía de ascenso de tubo gástrico. *Rev chil cir* [Internet]. 2018 [citado el 16 de junio de 2022];70(1):19–26. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000100019.
16. Watanabe M, Otake R, Kozuki R, Toihata T, Takahashi K, Okamura A, et al. Recent progress in multidisciplinary treatment for patients with esophageal cancer. *Surg Today* [Internet]. 2020 [citado el 16 de junio de 2022];50(1):12–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31535225/>.
17. Van der Sluis PC, Schizas D, Liakakos T, van Hillegersberg R. Minimally

invasive esophagectomy. Dig Surg [Internet]. 2020;37(2):93–100. Disponible en: <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000497456>.

Capítulo 35

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO VESICAL CONTINUO

PATRICIA CANTERO DE JULIÁN

1 Introducción

El lavado vesical continuo es una técnica que se utiliza en aquellos pacientes que presentan hematuria, ya sea por su propia patología genitourinaria o tras la realización de una intervención quirúrgica.

La hematuria consiste en la presencia de sangre en la orina que se puede originar en cualquier nivel de la vía urinaria.

La orina hematúrica se caracteriza por ser de color rojizo, morado, marrón, negro y en ocasiones verdes claro. En cambio si es hematuria microscópica la orina se verá de un color clara u opalino y transparente.

El sondaje vesical consiste en una técnica invasiva en la que se introduce una sonda vesical desde el meato uretral hasta la vejiga con el objetivo de obtener una vía de drenaje (de forma temporal o permanente). Esta técnica se utiliza en obstrucción urinaria, intervenciones quirúrgicas, control de diuresis, tratamientos terapéuticos y recogida de muestras estériles.

El lavado vesical continuo tiene como objetivo conseguir y mantener la permeabilidad de la sonda vesical, también permite la expulsión de coágulos, mucosidad o fragmentos tisulares. Dichos objetivos se consiguen a través de una solución de irrigación que fluye a la vejiga de forma continua y posteriormente se vacía a través de la sonda vesical.

2 Objetivos

- Definir lavado vesical continuo y cuál es su finalidad.
- Conocer el material necesario para realizar la técnica dentro de la profesión de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se 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

Para realizar el lavado vesical continuo se procederá al sondaje vesical. El material necesario para esta técnica será sonda de tres vías couvelaire o Foley, paño estéril, gasas, jeringa de 10 mililitros de suero fisiológico o agua estéril, lubricante, guantes estériles, paño estéril, solución de irrigación de suero fisiológico 0.9 % de 3000 ml, bolsa de orina cerrada y equipo de irrigación estéril.

La sonda de tres vías se caracteriza por tener tres luces, una vía para hinchar el globo, otra vía por donde sale la orina y otra luz que permite la conexión con el sistema de irrigación y que va a permitir el lavado vesical continuo.

El ritmo de la solución de irrigación se irá regulando según la hematuria del paciente, a través de la llave del sistema de irrigación. A más hematuria, mayor será el ritmo que debe caer el suero fisiológico. En cambio, si la orina es menos hematúrica, habrá que bajar la velocidad del suero de irrigación. Por eso debemos vigilar el color y el aspecto de la orina del paciente de manera continua.

El urólogo será el responsable de decir cuando se finalizan los sueros de lavado. Debe llevarse un balance con las entradas y salidas de suero fisiológico, se apuntará de forma exhaustiva todas las entradas de suero fisiológico y todas las salidas de la bolsa de orina, lo ideal es que haya más salidas que entradas, ya que si no existiría una obstrucción en la sonda.

Cuando observamos que cae el suero fisiológico, pero no sale por la vía de salida, sospecharemos que hay posible obstrucción de la vía. En este caso pararemos el

sistema de irrigación y se realizará un lavado vesical manual para conseguir la permeabilidad de la sonda.

Un lavado vesical manual se realiza con una jeringa de 100 ml con suero fisiológico y de cono ancho, se inyecta el suero por la vía por donde entra el suero de irrigación y se aspira este suero con la jeringa para extraer los coágulos presentes en la vejiga.

Otras causas de obstrucción: presencia de dolor, espasmos vesicales, urgencia rectal.

5 Discusión-Conclusión

Debemos conocer los cuidados tanto del suero de lavado continuo de irrigación para llevar a cabo una mejor asistencia sanitaria para que todo fluya correctamente y evitar así complicaciones como la preparación del resto de material a la hora de preparar el sondaje vesical como los sistemas de irrigación para que no nos falte nada a la hora del procedimiento.

También tendremos que saber reconocer aquellas señales que nos indiquen una obstrucción de la sonda vesical, como la presencia de coágulos, espasmos vesicales o signos vasovagales y poder combatirlos de forma rápida y eficaz, para mejor la salud de nuestro paciente.

6 Bibliografía

1. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas,2010;6(1).

Capítulo 36

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO

PATRICIA CANTERO DE JULIÁN

1 Introducción

La colostomía consiste en la salida al exterior de una parte del contenido del colon mediante un acto quirúrgico, por lo que un extremo del intestino grueso es abocado al exterior formando el estoma. Se llevan a cabo en enfermedades que afectan al intestino grueso como por ejemplo el cáncer colorrectal y enfermedades inflamatorias intestinales. Los estomas pueden ser temporales o definitivos. El objetivo de la colostomía es evacuar las heces que no pueden ser eliminadas por el ano debido a la enfermedad que presenta el paciente. La enfermería desempeña un papel clave en la interacción con el paciente antes y después de la cirugía. Antes de la cirugía con un correcto marcaje del estoma que debe ser localizado en el lugar adecuado y después de la cirugía enseñando y educando al paciente en los cuidados y medidas higiénicas necesarias para afrontar la nueva realidad del paciente a su salida del quirófano. La situación de paciente es diferente y por ello los cuidados del paciente colostomizado deben ser individualizados siendo necesario establecer protocolos de atención y actuación de enfermería con objetivos e intervenciones claras y específicas para cada uno de ellos. La principal indicación de las colostomías son el cáncer colorrectal (CCR) (representa un 80% de las colostomías realizadas en nuestro país) y en las enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).

2 Objetivos

Conocer la importancia de los cuidados en el paciente colostomizado para evitar complicaciones.

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

Cada paciente colostomizado requiere cuidados individualizados. Adquiere especial importancia el papel de la estomaterapeuta (ET), enfermera encargada de la vigilancia, cuidado de los estomas y enseñanza a los pacientes y sus familiares en los métodos de cuidado e higiene. También proporciona apoyo emocional para afrontar el proceso con el menor impacto psicológico posible.

La presencia de la ET en la preparación preoperatoria, postoperatoria y alta del paciente va a mejorar la calidad de vida del mismo y disminuir su temor ante la nueva situación. Es importante su papel ya que el paciente se enfrenta a una situación de estrés y angustia elevada pudiendo disminuir su comprensión y recibir una adecuada información en ese momento será fundamental. Así conseguimos una mayor colaboración e implicación del paciente en sus propios cuidados y una mayor aceptación de la situación.

Cuidados generales:

- Marcaje del estoma.

En la fase preoperatoria se debe localizar de manera exacta la ubicación del estoma teniendo en cuenta las características propias del paciente y de la intervención. Su función es reducir las posibles complicaciones futuras proporcionando a su vez una mayor autonomía al paciente en sus cuidados y evitando la irritación de la piel y fugas. El lugar ideal se localiza en el segundo tercio de la línea que une la cresta ilíaca anterosuperior con el ombligo. Debe ser realizado por la estomaterapeuta, la cual debe evaluar el abdomen del paciente cuando esté en bipedestación, sentado y acostado teniendo en cuenta que la zona debe estar exenta

de pliegues abdominales, prominencias óseas o cicatrices y evitando la flexura de la ingle y la zona media del pubis.

- Cuidados e higiene del estoma.

Después de 4 ó 5 días de la operación hay que valorar iniciar la educación para el cuidado de la colostomía. Es importante recordar la información ofrecida al paciente en el preoperatorio y se debe explicar detalladamente los pasos a seguir en el cuidado del estoma de manera sencilla para el aprendizaje del paciente aumentando su autonomía en los cuidados. La higiene y el cuidado se realizan en función del color, tamaño y piel periestomal. Es primordial la visualización del estoma por parte del paciente para realizar los cuidados y para que se familiarice con la nueva situación. Se debe disponer de todo el material colocado antes de realizar el cambio de bolsa.

4 pasos básicos:

1. La retirada del dispositivo se realiza suavemente, para no producir daños en la piel, de arriba abajo y siempre sujetando la piel con la otra mano. Si la deposición es líquida la bolsa se vierte en el váter, mientras que si las heces son compactas se debe tirar a la basura previamente envuelta en una bolsa de plástico o papel de periódico.
2. Limpieza del estoma y piel periestomal: se utiliza una esponja suave, agua templada y jabón neutro. La piel se debe limpiar de dentro a fuera con movimientos circulares. Se seca la zona con una toalla o pañuelos dando toques asegurándonos que la piel quede seca. Se aconseja utilizar lociones especiales protectoras de la piel que favorecen la adherencia de la bolsa.
3. Medición del diámetro del estoma: mediante una plantilla sabremos la medida del disco adhesivo que debe ir completamente ajustado al estoma para evitar irritaciones cutáneas que se producen en el contacto heces-piel.
4. La colocación del dispositivo se realiza de abajo a arriba evitando los pliegues y arrugas; una vez colocado se aplica calor con la mano presionando el abdomen.

Dispositivos:

El contenido fecal que fluye del estoma debe ser recogido por un dispositivo colector llamado "bolsa". La bolsa está formada por un adhesivo que se pega a la piel y un sistema colector que es la bolsa propiamente dicha la cual recoge las heces. Las bolsas requieren ser de fácil manejo para el paciente y evitar la salida de olores mientras que el adhesivo no debe irritar la piel ni producir reacciones. Hay que valorar las características de la piel periestomal, el tipo de ostomía y su ubicación y la consistencia de las heces para elegir el dispositivo que mejor se adapte a las características del paciente. Según el método de vaciado, las bolsas

colectoras pueden ser cerradas o abiertas. Las bolsas cerradas tienen el extremo inferior cerrado y no se pueden vaciar, se deben cambiar cada vez que se llenen. Las bolsas abiertas tienen el extremo inferior abierto para vaciar el contenido y cerrarla de nuevo con una pinza. Las más utilizadas en colostomías por el contenido de las heces son las cerradas. Ambas bolsas tienen incorporado un filtro encargado de eliminar el mal olor de los gases.

Existen sistemas de una o de dos piezas dentro de cada tipo de bolsa. En las bolsas de una pieza el adhesivo está unido a la bolsa colectora formando un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel y se retira en conjunto. Son muy flexibles consiguiendo una gran discreción. En las bolsas de dos piezas o dispositivos múltiples el adhesivo y la bolsa están separados. La bolsa se debe cambiar en función de las necesidades del paciente independientemente del disco adhesivo, el cual puede estar pegado a la piel durante dos ó tres días.

5 Discusión-Conclusión

La persona que porta un estoma se enfrenta un gran cambio en su vida, afectando en todas sus dimensiones: física, psicológica y social. Tras la realización de la revisión bibliográfica, se concluye que:

La intervención educativa de enfermería constituye el factor más importante en el proceso de afrontamiento y adaptación del paciente. Queda demostrado que fomenta la autonomía y seguridad en sí mismo, garantizando un manejo adecuado del estoma y, por lo tanto, una mejor calidad de vida.

Los pacientes denuncian la falta de información y orientación durante el proceso, así como la ausencia de formación específica del personal sanitario y la escasez de recursos. De la misma manera, es fundamental la formación en estomaterapia del personal de enfermería desde Atención Primaria, con lo que asegurar una continuidad de cuidados al alta.

Los estudios destacan el papel de los profesionales expertos en estomaterapia, siendo ellos quien deben asumir la función educadora principalmente. Los pacientes que no reciben atención por profesionales formados precisan más ingresos hospitalarios y reintervenciones, son más dependientes, y se sienten deprimidos más habitualmente. Los pacientes tienen el derecho de contar con todos los recursos necesarios; consideran fundamental tener acceso a un especialista que les guíe y resuelva sus dudas.

La información que se ofrece al paciente debe adaptarse a sus necesidades y al momento que está atravesando. Así, se debería dividir en tres momentos: preoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio tardío. No hay que olvidarse

de incluir a la familia/cuidadores principales en este proceso.

6 Bibliografía

1. López Madrid A. Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado. [T.F.G. en Internet]. Facultad de ciencias de la salud: Universidad de Jaén; 2014.
2. Google Académico.
3. Arias ME, Bona M, Cotas I, González AM, López E, Máñez A, et al. Guía para el cuidador de la persona ostomizada. Madrid: Ediciones Mayo; 2013.

Capítulo 37

BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

ANA FERNÁNDEZ PÉREZ

SANDRA GARCIA SÁNCHEZ

1 Introducción

Son muchos los pacientes que no pueden soportar cuando les notifican el diagnóstico de cáncer. Temen que sea en ese mismo momento el final de su viaje de la vida.

El cáncer, según la OMS, es un término genérico que engloba a un grupo de enfermedades, en las que se da un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células anómalas, que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo (OMS, 2015).

Cuando enfermería habla del cáncer puede comentar que es la enfermedad en la actualidad que más muertes produce incondicionalmente si es mujer, hombre, es una enfermedad que no hace distinciones. El paciente se considera oncológico en el momento que se ha diagnosticado tras realizar las pruebas diagnósticas, analíticas pertinentes acompañado con sintomatología que puede pertenecer al Cáncer. En ocasiones frecuentemente la sintomatología puede ser un síntoma clave es la anorexia, falta de apetito, disneas, pérdida de fuerzas etc.

Los cánceres más frecuentes por orden de mortalidad son según la OMS pulmón, mama, cáncer colorrectal, seguido de próstata y por último, cáncer de vejiga. Todos los años se realiza una estadística de mortalidad para comprobar cuál es el

cáncer con más prevalencia durante un año. Todo esto se realiza estadísticamente según los datos obtenidos durante el año actual.

2 Objetivos

Determinar qué tipo de cuidados puede llegar administrare enfermería para mejorar la calidad y bienestar de vida del paciente oncológico.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos explican que tipo de actuación podemos realizar para mejorar la calidad al paciente oncológico.

Palabras clave: cáncer, oncológico, cuidados y estado.

4 Resultados

- En este tema ha faltado artículos pero los que hemos podido incluir que fueron muchos nos comentan en nuestra revisión bibliográfica que tipo de actuación o ayuda puede proporcionar enfermería a una paciente oncológica para mejorar su calidad de vida.
- Enfermería es uno de los abanicos más grandes del campo de la sanidad con lo cual puede y debe conocer que el diagnóstico de cáncer es un impacto a nivel de familiar y por ello tendrá que apoyar en este cambio de vida que va a tener que realizar.
- Los autores nos informan que el cáncer se puede definir por ser proceso largo con efectos secundarios en todos los ámbitos vitales de la persona, tanto a nivel físico, como psicológico y social.
- En ocasiones por estadísticas encontradas y datos consensuados la enfermera puede encontrar más afectación a nivel emocional que a nivel físico. Pues solo con pronunciar la palabra Cáncer ya es un afrontamiento por parte del paciente.
- En cuanto enfermería cubrir las necesidades básicas tanto a nivel domiciliario como a nivel hospitalario. Si el paciente está hospitalizado o en proceso de ingreso hospitalario, puede cubrir todo tipo de actividades de la vida diaria. Pero un

ingreso por recaída la enfermera tendrá que cubrir las necesidades de sueroterapia, fármacos, antibióticos todo esto con la canalización de una vía periférica. También cubrirá cuidados a nivel nutricional etc. Todo esto genera un beneficio para la calidad de vida del paciente. Para sentirse mejor, no solo a nivel físico si no a nivel emocional . En caso de que el paciente no quiera ayuda se derivara al departamento de psicología.

- En este caso la enfermera también empatizara con este paciente haciéndole ver que esta acompañado en todo momento y siempre que necesite ayuda allí estaremos.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida es algo imprescindible no solo en pacientes oncológicos si no cualquier paciente que acuda a un servicio de urgencias, centro de salud, etc.

Los beneficios que se pueden aportar a este tipo de pacientes los cuales sufren tanto a nivel de dolor, como emocionalmente, enfermería cubrirá las necesidades en cuidados básicos y cuidados a nivel farmacológico.

En cuanto al tema de apoyo y empatía también se podrá ofrecer ayuda siempre que el paciente quiera y este dispuesto a recoger este tipo de ayuda que se le facilita.

ES un tema duro ya que el cáncer rompe los esquemas de cualquier paciente o profesional de la enfermería.

6 Bibliografía

1. Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.A. y Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Revista Psicooncología*, 9, 233-257.
2. Klastersky J, Schimpff SC, Senn HJ. Supportive Care in Cancer. A Handbook for Oncologists. New York: Marcel Dekker Inc., 1999.
3. Radiation Therapy and You: A Guide to Self-Help During Treatment. NIH Publication, 1999.

Capítulo 38

MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

MARÍA MARÍN SABARIEGO

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

JOAQUÍN PANCORBO MENA

1 Introducción

Los drenaje ventriculares externos son una herramienta terapéutica y diagnóstica muy importante para los pacientes que padecen problemas neurológicos severos, gracias a esta técnica se puede realizar una monitorización de la presión intracraneal, además de ser un mecanismo de drenaje de líquido cefalorraquídeo en situaciones de hipertensión intracraneal, hidrocefalias y hemorragias intraventriculares (Marrero Cárdenes, et. al., 2015).

Esta herramienta es muy útil y frecuente en los pacientes neurocríticos ingresados en UCI, aunque como cualquier técnica invasiva presenta múltiples complicaciones como la infección, malposición o hemorragia en el catéter (Simon, et al., 2021).

Esta técnica es frecuente utilizarla, en primer lugar, como método de drenaje del líquido cefalorraquídeo en el tratamiento de la hidrocefalia causada por una hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraventricular/ cerebral, infección del sistema nervioso central o traumatismo craneoencefálico. Además, en segundo lugar, otra indicación de esta técnica es la monitorización de la presión intracraneal gracias a la conexión entre un transductor y el monitor y por tercer y último lugar, se emplea para la administración de medicación intratecal como

antibiótico o anticoagulante, o para la recogida de muestras de líquido cefalorraquídeo (Simon, et al., 2021).

Para la correcta manipulación del catéter es importante informar al personal sanitario que vaya a manipular este mecanismo de un plan de cuidados estandarizado que evite las posibles complicaciones que puede provocar el cuidado incorrecto de este catéter y que sean capaces de reconocer los diferentes signos de alarma como la cantidad o color del líquido cefalorraquídeo que se encuentra en el sistema (Marrero Cárdenes, et. al., 2015).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el protocolo de actuación correcto para el manejo de los drenajes ventriculares externos.

Objetivos secundarios::

- Conocer las diversas funciones y beneficios que aporta esta técnica para el paciente neurocrítico.
- Conocer las posibles complicaciones y los signos de alarma que se pueden desarrollar tras un mal uso de este mecanismo.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como Science Direct, Scielo y Dialnet y en la plataforma Google Académico, utilizando las palabras clave "Drenaje ventricular externo", "Líquido cefalorraquídeo", "Infección", "Manejo" y "Protocolo". El intervalo utilizado para la búsqueda ha sido entre 2015 y 2022.

4 Resultados

Es importante destacar que es vital el correcto uso de este mecanismo ya que puede desencadenar grandes complicaciones para el paciente neurocrítico y por ello, se debe realizar un protocolo para los cuidados del catéter del drenaje ventricular externo (Lausín, 2022):

1. Control de constantes: se debe realizar un control de las constantes vitales (Saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y temperatura) y un control de las constantes neurológicas a través de la realización de la escala Glasgow

que nos advierte sobre un cambio en el nivel de consciencia del paciente, control de la reactividad y tamaño de las pupilas, y con el control de los movimientos musculares involuntarios, fuerza y tono muscular, y debilidad.

2. Posición del drenaje ventricular externo y sus cuidados: se debe comprobar que el sistema de drenaje ventricular externo esté colocado a nivel del 0, que debe corresponder con el conducto auditivo externo del paciente neurocrítico. Cabe destacar que la altura de la cámara del dispositivo debe estar colocada según la prescripción médica y que la bolsa colectora debe estar situada por debajo del paciente para que asegure la caída del líquido cefalorraquídeo y que se debe cambiar cuando quede vacío un cuarto de la bolsa, teniendo en cuenta que se deben cerrar las llaves que comunican con el paciente tanto el clip que conecta la cámara de medición y la bolsa colectora como el clip que se encuentra por encima del filtro antibacteriano. Tras el cambio de bolsa, es importante volver a abrir los clips de seguridad y comprobar que las llaves estén abiertas para que el líquido cefalorraquídeo se dirija hacia la bolsa colectora.

3. Posición del paciente: debe permanecer en decúbito supino en posición fowler con el cabecero de la cama en 30-45 ° y con la cabeza alineada para fomentar el correcto drenaje del líquido cefalorraquídeo y que no se produzca un retorno hacia el paciente.

4. Movilización del paciente: es fundamental que ante cualquier traslado, movimiento del paciente o cambio de la altura de la cama, se produzca el cierre del sistema para que no se genere un retorno o exceso de drenaje del líquido cefalorraquídeo. Una vez se coloque correctamente al paciente alineado y a la altura correcta del sistema, se producirá la apertura de las llaves para que continúe con su función.

5. Cuidados generales: vigilancia del punto de inserción del catéter, la permeabilidad del sistema y controlar el color, aspecto y cantidad del líquido cefalorraquídeo drenado. Es importante conocer que no se realizará un cambio de apósito o cura del punto de inserción a menos que hayan pasado 72 horas desde su colocación y que se encuentre el apósito sucio o despegado.

6. Manipulación y asepsia: se debe evitar la manipulación del sistema y cuando sea necesaria cualquier manipulación tanto para un cambio de bolsa o porque no se encuentre perfectamente alineado y en altura, se deberá mantener las máximas medidas de asepsia mediante la utilización de guantes estériles, mascarilla y una correcta higiene de manos.

7. Extracción del líquido cefalorraquídeo: se debe realizar únicamente cuando se sospeche o esté ya diagnosticada una infección y se realizará una extracción de muestras, vigilando que se mantengan unas correctas medidas de asepsia, tanto

para bioquímica como para microbiología cada 48 horas.

8. Administración de medicación intratecal: se puede administrar antibióticos en caso de infección o anticoagulantes en caso de obstrucción, pero siempre se debe realizar mediante una técnica estéril y diluyendo la medicación con suero fisiológico, obteniendo una dilución entre 2 y 5 ml.

9. Educación sanitaria: es fundamental una correcta información sobre la importancia de la asepsia, calibración del sistema a una alineación y altura correcta del paciente, y por ello, el enfermero responsable del paciente neurocrítico debe poner en conocimiento esta información a la familia para que se realice un correcto uso de este mecanismo.

5 Discusión-Conclusión

Los drenajes ventriculares externos tienen múltiples funciones beneficiosas en los pacientes neurocríticos como son la monitorización de la presión intracraneal, la administración de medicación vía intratecal, el drenaje de líquido cefalorraquídeo en las situaciones clínicas que lo requieran o para la recogida de muestras de líquido cefalorraquídeo. A pesar de ser una técnica tan útil y frecuente en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), tiene un alto riesgo de causar complicaciones letales para el paciente en las situaciones en las que no se realice un correcto uso del mecanismo a consecuencia de una falta de formación, y por ello es tan importante conocer el protocolo de actuación para ser conocedores de sus funciones, beneficios, factores de riesgo, complicaciones y, principalmente, su correcta manipulación.

6 Bibliografía

1. Lausín, I. A. (2022). Protocolo de cuidados de enfermería en el paciente portador de drenaje ventricular externo para la planta de neurocirugía del Hospital Universitario Miguel Servet (Doctoral dissertation, Universidad de zaragoza).
2. Marrero Cárdenes, Y., Méndez, S., Godoy Luján, S., & Santana-Cabrera, L. (2015). Evaluación del impacto de una intervención educativa sobre el conocimiento y los cuidados de enfermería del drenaje ventricular externo. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 48-49.
3. Simón, L. J., Rubio, V. H., Blasco, L. M., Alvero, M. B. D., Deza, S. D., & Navarro, I. C. (2021). Drenaje ventricular externos. Cuidados y manejo de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 19.

Capítulo 39

ENFERMEDAD DEL PARKINSON CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN NUESTRO ENTORNO. TRATAMIENTO Y TERAPIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BEATRIZ PLAZA CAMPOS

ÁNGEL ANTONIO RODRÍGUEZ MONTERO

LAURA MUÑOZ QUIROS RODRÍGUEZ MANZANEQUE

MERCEDES MARTÍNEZ VELA

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson, se trata de un trastorno neurodegenerativo completo y su presencia es heterogénea.

Es importante destacar que en la actualidad no se dispone de ningún fármaco para que la enfermedad vaya de una manera más despacio, pero por el lado contrario existen una gran cantidad de terapias para controlar los síntomas que produce esta enfermedad.

Al tratarse de un trastorno neurodegenerativo, y tras la enfermedad de Alzheimer y su factor de riesgo añadido es la edad, la enfermedad de Parkinson supone un gran reto para la salud pública en la sociedad en la que vivimos, puesto que nuestra población cada vez se encuentra más envejecida.

La principal sintomatología de la enfermedad de Parkinson (EP), se caracteriza por la presencia de tríada motora acinesia o lentitud de movimientos, temblor en reposos y rigidez muscular, por lo tanto, se ha estudiado como un trastorno motor.

Pero es importante aclarar que, en los últimos años, en esta enfermedad se han manifestado causas no motoras como es el caso de la apatía, el deterioro cognitivo o por otro lado los síntomas disautonómicos entre otros síntomas.

Como dato importante a conocer, se sabe que la prevalencia de esta enfermedad se estima en 0,3 % de la población en general y siendo de una manera aproximadamente el 1 % en mayores de 60 años de edad.

La incidencia de la EP es de 8 a 18 por 100.000 habitantes/año.

En una gran variedad de estudios se ha demostrado, que tanto la incidencia como la prevalencia de esta enfermedad es de 1,5 a 2 veces mucho mayor en hombres que en mujeres, por lo tanto, se cree que los estrógenos serían protectores de esta enfermedad.

Pero en su mayoría los estudios coinciden en que el principal factor de esta enfermedad es el envejecimiento, aunque en algunos casos esta enfermedad surge por mutaciones genéticas específicas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar las terapias existentes para enlentecer la enfermedad de Parkinson.

Objetivos secundarios:

- Evaluar las causas de la enfermedad de Parkinson en la sociedad actual.
- Evaluar la eficacia de los tratamientos existentes para la enfermedad hoy en 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 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

En un estudio llevado a cabo, se observa cómo se empela un tratamiento inicial dependiendo del compromiso funcional que se de en el paciente en las actividades laborales o cotidianas y como el paciente perciba la enfermedad que sufre.

En este estudio se demostró, que los pacientes que no tenían compromiso funcional se les administraba monoaminooxidasa tipo B (iMAO - B), amantadina o anticolinérgicos, y en el caso de los pacientes que posean la enfermedad de Parkinson y tengan compromiso funcional, primero se debe valorar la edad y el estado cognitivo del paciente, tras ser valorado se iniciara el tratamiento de la enfermedad con Levodopa, pero controlando las alucinaciones y los trastornos de conducta.

En este estudio se demostró que a pesar de que estos pacientes tuvieran un buen control de los síntomas de la EP durante los primeros años tomando este tratamiento, se demostró que los pacientes experimentaban complicaciones a largo plazo.

En este mismo estudio se demostró, que la Levodopa es el fármaco más empleado para tratar esta enfermedad de Parkinson, se demostró que se iniciaba con dosis bajas, y se suele administrar tres veces al día acompañado el fármaco de las comidas, este fármaco demostró muy buena respuesta a la enfermedad.

En el siguiente estudio, se emplearon diferentes intervenciones para la rehabilitación de las personas que padecían la enfermedad de Parkinson y estas fueron: estimulación magnética, reeducación postural global (RPG), terapia acuática, entrenamiento de la marcha en tapiz rodante y las sesiones realizadas por el fisioterapeuta de una manera individual o grupales dependiendo el grado en el que se encontrara la enfermedad.

En este mismo estudio se concluyó que, las intervenciones realizadas a los diferentes pacientes para mejorar la postura de estos con la enfermedad de Parkinson serían la RPG y el entrenamiento realizado en marcha cuesta abajo en tapiz rodante.

También se observó como la RPG mejora la marcha, el equilibrio y como no la movilidad del tronco.

5 Discusión-Conclusión

- La enfermedad del Parkinson es importante destacar, que se encuentra muy presente en nuestra sociedad, y que hay un índice mayor en hombres que en mujeres.

- Es importante destacar que cada vez nuestra sociedad es de mayor edad y por lo tanto hay un amplio abanico de diferentes enfermedades, entre las que se encuentra esta enfermedad citada anteriormente.
- Existe en la actualidad, diferentes tratamientos para luchar contra la enfermedad, pero sin duda el que mejor resultado ha tenido es el tratamiento con Levodopa.
- En la actualidad existen gran cantidad de terapias para las personas que padecen la enfermedad, puedan llevar de una manera más normal sus vidas.

6 Bibliografía

1. Martínez – Fernández R, Gasca C, Sánchez A, Obeso A. Actualización en la enfermedad de Parkinson. Hospital Universitario Puerta del sur. 2017. Madrid.
2. Martín D, Carmona H, Ibarra M, Gámez M. Parkinson disease: pathophysiology, diagnosis and treatment.
3. Gómez – Regueira N, Escobar – Velado G. Tratamiento fisioterapéutico de las alteraciones posturales en a enfermedad de Parkinson. Revisión Sistemática. 2020. Madrid.

Capítulo 40

ENFERMERIA Y SUS PRINCIPALES ERRORES DE MEDICACIÓN

MARTA GARZÁS PARAMIO

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

ANA TALAVERA SALVADOR

1 Introducción

En la seguridad de los pacientes juega un papel fundamental la enfermería, que a su vez es uno de los componentes más importantes del sistema de salud, tanto para la curación de los pacientes como en los daños que pueden sufrir durante la atención que reciben. Uno de los principales problemas en la atención hospitalaria por parte de enfermería son los efectos adversos ocurridos como consecuencia de los errores en la administración de la medicación y que pueden provocar graves daños al paciente. Por esto se están realizando muchos esfuerzos a todos los niveles para conseguir reducir la incidencia en los diferentes sistemas de salud.

Por ello, debemos conocer cuáles son los errores de medicación más frecuentes, donde, como y cuando se producen y buscar estrategias adecuadas para prevenirlos. Dichos errores de medicación se pueden producir en cualquiera de las fases que componen el proceso como son: prescripción, transcripción, preparación, y administración. A pesar de existir la prescripción médica, es responsabilidad de enfermería el análisis de la forma de administración de forma que permita establecer dosis, vías, frecuencia o interacciones que pongan en peligro la integridad del paciente.

De este modo, los errores de medicación, tanto en la administración de fármacos como sus consecuencias negativas, son acontecimientos que se pueden prevenir y que actualmente constituyen un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones desde el punto de vista humano, asistencial y económico y pudiendo generar efectos dañinos en las personas como reacciones adversas, lesiones temporales o permanentes, o incluso la muerte.

Los principales tipos de errores de medicación son:

- Error de prescripción: selección incorrecta de la droga, dosis, vía, concentración, velocidad de administración, prescripción ilegible u órdenes prescritas que permiten errores que perjudican al paciente.
- Error de omisión: fallo en la administración de una dosis prescrita a un paciente antes de una próxima.
- Error de tiempo/horario: administración del medicamento fuera de un intervalo predefinido de tiempo.
- Error de medicamento no autorizado: administración de medicamento no prescrito.
- Error de dosificación: administración de una dosificación superior o inferior a la prescrita.
- Error en la preparación: droga formulada o manipulada incorrectamente.
- Error de técnica de administración: procedimiento inapropiado.

2 Objetivos

- Conocer los principales errores de medicación que suceden a causa de la intervención enfermera en el proceso de administración.
- Identificar estrategias preventivas para estos errores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática mediante la consulta de artículos y publicaciones en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En base a los artículos publicados, se han analizado los tipos de errores de medicación cometidos con más frecuencia por el personal de enfermería. Hemos observar que la mayoría de los artículos revisados identificó dos o más tipos de errores de medicación como desencadenante del fallo de medicación. Un porcentaje muy bajo de artículos identificó solo un tipo de error de medicación.

Pudimos ver en los resultados que se extrajeron de las publicaciones que aproximadamente el 90 % de ellas mencionaban el error de dosificación como el tipo de fallo de medicación más frecuente, seguida de la omisión y el error en tiempo/horario que ocupaban el segundo y tercer lugar. Conocer las causas que pueden llevar a un error de medicación es fundamental para poder evitarlos. Por ellos hemos analizado cinco bloques para clasificar las posibles causas:

- Factores relacionados con el paciente.
- Factores relacionados con el profesional.
- Factores relacionados con el servicio, interrupciones y otros.

En las menciones que se realizan en los artículos sobre las causas de los errores de medicación a causa de la intervención enfermera, se pudo ver que los factores que más influyen en el error son los relacionados con el profesional de enfermería y los que menos influyen los relacionados con el paciente.

Respecto a las causas de los errores de medicación sobre los factores relacionados con el profesional, se observó que el motivo más común fue la falta de comunicación entre el equipo sanitario, es decir, el escaso intercambio de información sobre el estado del paciente entre medicina y enfermería.

La experiencia de los profesionales y el turno laboral fueron otros de los motivos que influyeron en los errores de medicación relacionados con el profesional.

Después de analizar los artículos hemos hallado otras posibles causas que pueden conducir al error de medicación. Entre ellas se encuentran las distracciones, y muy comúnmente pudimos ver que el estrés de los profesionales, relacionado con la escasez de personal y la sobrecarga de trabajo, es otra de las posibles causas que pueden provocar el error de medicación.

Respecto a los motivos de omisión de notificación del error pudimos ver que las causas de la omisión de los errores de medicación se debían, sobre todo, a la sensación de miedo que prevaleció sobre todos los otros factores influyentes.

Por último, como medida de prevención para estos errores de medicación, la mayoría de artículos mencionan algún tipo de estrategia para reducirlos.

Estas estrategias de prevención las podemos resumir en:

- La creación de un espacio en el que la enfermera pueda trabajar tranquila y sin

ser interrumpida.

- La formación continuada en la que se hace mucho hincapié para mantener actualizado al profesional.
- La incorporación al equipo de un profesional farmacéutico cercano a la enfermería y que pueda ayudarles a resolver las dudas durante el proceso de administración del fármaco.
- Por último podemos ver en los artículos como se promueve la mejora en la comunicación, cooperación y diálogo en los distintos grupos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Es importante establecer medidas de detección y prevención de los errores de medicación, ya que están presentes en la rutina de trabajo diaria del colectivo de enfermería. Aunque la mayoría de estos errores suelen ser leves y no provocan daños en el enfermo, es importante reducir su incidencia mediante la prevención y la supervisión. En cuanto a los errores más comunes, son los que hacen referencia a vía, dosis, hora, medicamento y paciente incorrecto.

Los factores que tienen más influencia para que se produzcan los errores están relacionados con la sobrecarga de trabajo, las interrupciones y/o distracciones y el número inadecuado del personal de enfermería. Todas aquellas medidas de prevención que puedan ayudar a mejorar estos errores, deberían ser implementadas en todo el sistema sanitario para mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*, 2002.
2. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med*, 1995.
3. Berdot S, Sabatier B, Gillazeau F, Caruba T, Prognon P, Durieaux P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. *BMC Health Services Research*, 2012 Francia.

Capítulo 41

PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

MARTA GARZÁS PARAMIO

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

ANA TALAVERA SALVADOR

1 Introducción

Cirrosis hepática.

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

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

- Tipos de cirrosis.

1. Compensada:

Situación en la cual el paciente se encuentra asintomático. En la gran mayoría de los casos, estos pacientes, desconocen padecer la enfermedad. Se suele diagnosticar de una manera casual, mediante analíticas y exámenes realizados para otro fin diagnóstico.

2. Descompensada:

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

Causas.

- Consumo de alcohol: primera causa desencadenante de cirrosis.

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

2 Objetivos

Realizar una actualización en conocimientos sobre la cirrosis hepática y sus complicaciones, así como sus síntomas, tratamiento y medidas preventivas.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Etiología:

- Astenia.
- Anorexia y pérdida de peso.
- Náuseas y vómitos.
- Ictericia. Tanto a nivel dérmico como ocular.
- Alteraciones en la coagulación y vascularización de la sangre. Pueden producirse arañas vasculares.
- Obstrucción de la vía biliar.
- En varones, hinchazón mamaria e impotencia.

- En casos muy avanzados, se puede desarrollar hipertensión portal, con lo que además puede aparecer: ascitis, varices esofágicas, peritonitis bacteriana, síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática.

Diagnóstico.

Anamnesis:

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

Exploración física:

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

Analítica:

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

Pruebas de imagen:

La ecografía es el método de elección, dado su bajo coste y su efectividad. Se consigue diagnóstico certero desde las etapas tempranas de la enfermedad. Cuando el paciente es diagnosticado, se suele solicitar tomografía axial computarizada (TAC) abdominal para poder evaluar el alcance de las lesiones hepáticas y de los órganos secundarios que han podido verse afectados, como vesícula biliar o esófago.

Biopsia hepática:

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

Tratamiento.

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

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

Tratamiento general y medidas preventivas:

- Abstinencia alcohólica.

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

- Suplementos vitamínicos.

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

- Realización de ejercicio físico.

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

- Vacunación frente a Hepatitis B y C.

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

- Dieta equilibrada.

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

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

El paciente con cirrosis necesita gran cantidad de cuidados cuando requieren hospitalización. A menudo nos encontramos con pacientes que además de necesitar dieta específica, precisan de administración de fármacos para los síntomas más

graves como la encefalopatía hepática o la cirrosis. El papel de la enfermera consistirá en administración farmacología y soporte para las técnicas diagnóstica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 42

ENFERMERÍA: QUÉ ES LA DISMENORREA Y SU TRATAMIENTO

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

1 Introducción

La dismenorrea es una patología que se produce durante la etapa fértil de la mujer, siendo el síntoma ginecológico más frecuente. El término hace referencia al dolor menstrual o menstruaciones dolorosas.

La dismenorrea primaria se define como el dolor abdominal pélvico asociado a la menstruación en ausencia de causa identificable, que afecta a la calidad de vida de la mujer e interfiere en sus actividades. Se trata de un dolor abdominal cíclico localizado en hipogastrio que se desencadena con la menstruación.

La dismenorrea secundaria está producida por una enfermedad pélvica específica, por lo que en la exploración física se puede identificar una causa orgánica responsable de la clínica.

El diagnóstico de esta patología es fundamentalmente clínico, siendo la exploración física importante para detectar o no una causa orgánica y poder así clasificar la dismenorrea como primaria o secundaria.

Se trata de una patología frecuente tanto en la consulta de ginecología como en las urgencias ginecológicas y debido a la clínica de dolor que produce, la afectación del estado general y también emocional, la necesidad de tratamiento farmacológico en ocasiones poco eficientes y que en los casos más severos supone una importante repercusión en la vida y actividades de la paciente supone un importante problema de salud y también socioeconómico.

2 Objetivos

Identificar la dismenorrea, su diagnóstico diferencial y conocer la fisiopatología del proceso, así como los signos o síntomas más característicos que puedan orientar al diagnóstico y tratamiento adecuado.

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 dismenorrea es el síntoma ginecológico más frecuente con una alta prevalencia en la población general. No obstante, esta entidad clínica suele estar infraestimada ya que en muchos casos las mujeres no consultan por este motivo y suelen recurrir a la automedicación. La dismenorrea puede ser primaria o secundaria.

La prevalencia de la dismenorrea primaria es mayor en adolescentes y mujeres jóvenes, y a medida que avanza la edad se eleva la prevalencia de la dismenorrea secundaria, en la que existe una patología pélvica que justifica el dolor.

La dismenorrea primaria es aquella en la que no existe una patología responsable de la clínica dolorosa. Dentro de su etiopatogenia cabe destacar el papel que realizan las prostaglandinas que se generan en la segunda mitad del ciclo menstrual tras el descenso de la progesterona por regresión del cuerpo lúteo. El paso de prostaglandinas al torrente sanguíneo es el responsable de los síntomas neurovegetativos (náuseas, vómitos) que acompañan al dolor. Este tipo de dismenorrea suele aparecer en torno a la menarquia por lo que es más frecuente

en mujeres jóvenes y el dolor que se inicia con la menstruación es mayor en el segundo día de la misma. De acuerdo a la sintomatología acompañante y la necesidad de analgesia para el control del dolor existen distintos grados (leve, moderada o severa) existiendo en el mayor grado un importante componente vegetativo con interferencia de la actividad escolar o laboral. Tipos de dismenorrea primaria:

- Leve: dolor de baja intensidad, sólo afecta el primer día de menstruación, no precisa analgesia y la mujer puede desarrollar una actividad cotidiana normal.
- Moderada: dolor más intenso, puede durar dos o tres días y puede acompañarse de algún síntoma neurovegetativo. Afecta al estado general pero los analgésicos permiten desarrollar una actividad diaria normal.
- Severa: dolor muy intenso, dura de tres a cinco días y se acompaña de síntomas neurovegetativos (náuseas, vómitos, fatiga). Precisa de analgésicos que resultan poco eficientes por lo que interfiere en las actividades diarias. Causan ausencia escolar y absentismo laboral.

Existen varios factores de riesgo: edad joven, menarquia temprana, historia familiar de dismenorrea, nulípara, sangrado menstrual abundante y duradero. Como factores protectores se encuentran la edad avanzada, paridad y el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

La dismenorrea secundaria puede estar causada por patologías urgentes como la enfermedad inflamatoria pélvica/absceso tubo-ovárico o anomalías genitales obstructivas (himen imperforado, tabique vaginal transversal) o patologías no urgentes como la endometriosis y adenomiosis, la estenosis cervical o los miomas entre otros.

El diagnóstico de esta entidad es principalmente clínico siendo la anamnesis fundamental para orientar el diagnóstico. La exploración ginecológica y ecografía sirven descartar patología pélvica responsable de la dismenorrea secundaria (cuya causa principal es la endometriosis).

El manejo de esta patología incluye una serie de medidas básicas como son la realización de ejercicio físico moderado o la aplicación de calor local y por otra parte, el tratamiento farmacológico entre los que destacan los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y los anticonceptivos hormonales (ACH).

- AINEs: además de aliviar el dolor reducen el flujo menstrual. Se recomienda su administración desde 2 días antes del inicio de menstruación hasta 2 días después, según el patrón de dolor habitual. El principal problema son los efectos secundarios en su mayoría leves y gastrointestinales.

ACH: disminuyen la síntesis de prostaglandinas y atrofian el endometrio lo que provoca la desaparición del dolor menstrual. este tratamiento debe iniciarse en

caso de no que los AINES no sean eficaces durante 3 meses. Se pueden indicar en pauta discontinua o continua, consiguiendo ésta última un control del dolor en menor tiempo.

5 Discusión-Conclusión

La dismenorrea es el motivo de consulta ginecológica más frecuente. Se trata de una patología con una alta prevalencia que la presentan aproximadamente el 30-60 % de las mujeres en edad reproductiva y alcanza un carácter severo en el 7-15 % de los casos. Esta patología puede clasificarse según la intensidad del dolor, y en los casos más severos ocasiona una importante afectación de la paciente, con interferencia en las actividades de las mujeres que la padecen y es por ello que en la actualidad supone un importante problema socioeconómico de gran trascendencia al ser la mayor causa de ausencia escolar y absentismo laboral.

6 Bibliografía

1. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018; 132(6):e249-58.
2. Burnett M, Lemyre M. No 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(7):585-95.
3. Ferrer Barriendos J, Pérez Rodrigo C, Hernández Aguado JJ. Tratado de ginecología y obstetricia. 2ª Ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2013. Vol.1, 329-37.

Capítulo 43

ENFERMERIA Y LAS PATOLOGÍAS MAMARIAS BENIGNAS

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

1 Introducción

La patología mamaria supone un motivo frecuente de consulta, y más del 80 % de las consultas por un problema mamario corresponderán a un proceso benigno.

La patología mamaria benigna incluye diversas alteraciones tanto las correspondientes al desarrollo mamario (alteraciones en el número y la forma de la glándula mamaria o del complejo areola-pezones), como alteraciones funcionales, diversos procesos inflamatorios- infecciosos y la patología tumoral benigna, entre las que destacan los quistes simples, los fibroadenomas, las lesiones proliferativas y los procesos papilares.

En el presente capítulo nos centraremos en la patología mamaria de tipo funcional y los procesos inflamatorios, entre la que destaca la mastalgia por su frecuencia y asociación al ciclo menstrual, siendo un motivo frecuente de consulta en la unidad de mama.

En la valoración de este tipo de patología es muy importante la anamnesis completa y detallada que en muchas ocasiones nos orientará a un diagnóstico de sospecha. La exploración física es importante para valorar la normalidad de hallazgos en la mayoría de los casos, pero también para discernir y seleccionar aquellas pacientes a las que se deben realizar pruebas complementarias para completar el estudio, confirmar el diagnóstico de sospecha o incluso realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades.

2 Objetivos

- Identificar y diagnosticar las patologías benignas más frecuentes por alteración funcional o inflamatoria, conocer la fisiopatología del proceso y los signos o síntomas más característicos que puedan orientar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- Conocer el diagnóstico diferencial y manejo dado su importante frecuencia en la consulta y urgencias ginecológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda y una consulta de los tratados, protocolos y guías clínicas de las correspondientes sociedades científicas.

4 Resultados

La patología mamaria benigna es un motivo frecuente de consulta, teniendo en cuenta que en conjunto los procesos benignos suponen el 80 % de los motivos de consulta por un problema mamario, e incluye un amplio grupo de entidades clínicas con características diagnósticas y tratamientos diferenciales.

Para el diagnóstico de estas entidades es importante realizar una correcta anamnesis, exploración con inspección y palpación mamaria y áreas ganglionares. Las pruebas de imagen más solicitadas son la ecografía y mamografía, resonancia magnética (RM), galactografía y ductoscopia, siendo en ocasiones necesario un estudio citológico o anatomopatológico.

Trastornos funcionales. Afectan o se relacionan a la función de las mamas (la lactancia). Dentro de este grupo de trastornos se encuentra la galactorrea, secre-

ción de leche a través del pezón en ausencia de embarazo y lactancia que puede deberse a diversas causas:

- Iatrogenia: toma de fármacos como antidepresivos, antieméticos, anticonceptivos, hipotensores.
- Disfunción hormonal: por aumento de prolactina de origen endocrino o psíquico.
- Adenoma hipofisario: prolactinoma.
- Insuficiencia renal crónica: hiperprolactinemia por aumento de su producción y eliminación disminuida.

En estos casos es importante una detallada historia clínica en la que se recojan datos como la toma de medicamentos que puedan elevar la prolactina, alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea) consecuencia de la alteración de los niveles y examen físico completo de las mamas, áreas ganglionares, valorando la presencia de signos de hipotiroidismo o hipogonadismo. Dentro de las pruebas analíticas se incluyen el test de embarazo, las pruebas de función renal y tiroidea, los niveles de prolactina (y en función de sus valores si están muy elevados o se asocian a alteraciones visuales o cefaleas continuar con un estudio de la hipófisis mediante RM. Dentro de las pruebas de imagen las más realizadas serán la ecografía mamaria y la mamografía sobre todo en pacientes por encima de los 30 años.

El tratamiento de la galactorrea depende de las molestias que ocasione a la paciente, pues la presencia única de galactorrea no requiere tratamiento. En caso de realizarlo está indicado el uso de agonistas de la dopamina (que inhiben la liberación de prolactina) como la cabergolina o bromocriptina.

Mastalgia. La mastalgia hace referencia al dolor mamario generalmente moderado y autolimitado. De acuerdo a su origen o características puede clasificarse como:

- Mastodinia, dolor de patrón cíclico asociado a los cambios hormonales que ocurren durante el ciclo menstrual por desequilibrio de los niveles de estrógeno y progesterona. Por lo general ocurre de forma bilateral principalmente entre los cuadrantes superiores y externos de la mama, con inicio la semana previa a la menstruación. Se desconoce la causa exacta.
- Mastalgia como dolor mamario de patrón no cíclico, no asociado al ciclo menstrual ni a cambios hormonales. Con frecuencia es un dolor unilateral y varía de localización y duración. Entre las causas se encuentran mamas voluminosas y ptósicas, lesiones benignas tipo quistes o ectasia ductal.
- Dolor torácico o extramamario. Dolor referido en la mama pero de origen extramamario (problemas musculoesqueléticos, traumatismos, radiculopatías cer-

vicales o torácicas altas.

Procesos inflamatorios: pueden afectar tanto a conductos galactóforos como tejido mamario, y pueden ser tipo inflamatorio o infeccioso.

- Galactoforitis. Inflamación aguda o crónica de los conductos, puede tener diversas causas (infecciosa, química, física y funcional) y está muy relacionada al consumo de tabaco. Se manifiesta con enrojecimiento de areola y pezón, edema y dolor. Requiere de un tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico o cloxacilina hasta conocer el antibiograma, durante al menos 5-7 días. Durante el proceso agudo están contraindicadas la ductoscopia y galactografía por la posibilidad de diseminación.
- Mastitis aguda. La más frecuente es la que se asocia a la lactancia, en cuyo caso no está contraindicado suspenderla siempre que sea posible. En caso de mastitis no puerperales suelen ser secundarias a otros procesos y más frecuente en pacientes diabéticas o inmunodeprimidas. Clínicamente se presenta como dolor y eritema asociado a fiebre de 39-40° con escalofríos y linfangitis. Requiere de un tratamiento antibiótico con cloxacilina o amoxicilina-clavulánico durante 10-14 días. Es útil la ecografía para realizar el diagnóstico diferencial de la mastitis complicada con un absceso.
- Mastitis crónica. Suelen ser secundarias a mastitis agudas, tratamiento insuficiente o absceso mal drenado. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con la mastitis carcinomatosa.
- Abscesos. Colección purulenta en el contexto de una mastitis o galactoforitis, por una evolución natural del proceso o un tratamiento inadecuado o retrasado. El diagnóstico es clínico y ecográfico, siendo este último terapéutico al permitir una evacuación ecoguiada y obtención de muestras. El tratamiento se realiza en función del antibiograma.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos funcionales de la mama, la mastalgia (y en concreto la mastodinia) así como los procesos inflamatorios mamarios son entidades muy frecuentes, que se engloban dentro de la patología benigna de la mama. Por su prevalencia constituyen un motivo frecuente de consulta en la unidad de mama y en las urgencias ginecológicas dado la ansiedad o estrés que genera en ocasiones la percepción de molestias o hallazgos en la mama. Es muy importante conocer los antecedentes personales de la paciente, los signos o síntomas que presentan, su relación al ciclo menstrual, la toma de medicamentos o la presencia de otras enfermedades puede favorecer, predisponer o interferir en el normal desarrollo de la función

mamaria y por tanto ocasionar alteraciones en su mayoría benignas y susceptibles de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. Manual de práctica clínica en senología, 4a ed. Valencia: Fundación SESPM; 2019.
2. Amir L; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol: mastitis, revised march 2014. Breastfeed Med 2014;9(5): 239-43.
3. Cabero Roura L. Tratado de ginecología y obstetricia. 2ªEd. Madrid: Editorial médica panamericana; 2013. Vol 1.

Capítulo 44

ENFERMERIA Y LAS GESTANTES CON PLACENTA PREVIA: SU DIAGNÓSTICO Y SU SEGUIMIENTO

BEATRIZ HUERTAS LÓPEZ

ELENA MELERO MORENO

MARTA MONESCILLO CABALLERO

ADELA RUIZ MUÑOZ

RODRIGO MARTÍN DE LA SIERRA RUIZ DE PASCUAL

1 Introducción

La placenta previa se define como aquella situación en la que la inserción placentaria se produce total o parcialmente en el segmento uterino inferior. La incidencia de esta patología está en aumento y su importancia radica en el hecho de asociar una elevada morbilidad materno-fetal, siendo responsable del 20 % de las hemorragias obstétricas del tercer trimestre de embarazo y la segunda causa de histerectomía obstétrica.

Se puede diagnosticar ecográficamente durante el segundo trimestre del embarazo, momento a partir del cual es necesario realizar un seguimiento ecográfico pues existe la posibilidad de que la placenta previa se corrija según la oclusión o proximidad al orificio cervical interno. De acuerdo a la evolución se planificará la vía del parto.

El tratamiento de la placenta previa tiene como finalidad evitar la muerte materna y reducir la elevada mortalidad perinatal, lo que implica en la mayoría de ocasiones realizar una cesárea.

Asocia una elevada tasa de complicaciones infecciosas, tromboembólicas así como los riesgos secundarios a la prematuridad fetal. Es importante conocer la clínica, el diagnóstico y la clasificación de los distintos tipos de placenta previa, así como aquellas patologías que pueden cursar con una metrorragia del tercer trimestre de gestación para saber realizar un adecuado diagnóstico diferencial y sobre todo manejo de estas pacientes.

2 Objetivos

- Conocer la patología placentaria, los criterios diagnósticos de la placenta previa, la clínica y los posibles diagnósticos diferenciales.
- Conocer principalmente el manejo de urgencias por la elevada morbilidad materno-fetal que conlleva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda y una consulta de los tratados, protocolos y guías clínicas de las correspondientes sociedades científicas.

4 Resultados

La placenta previa se encuadra dentro de las patologías placentarias, y una de las principales causas de hemorragias durante el tercer trimestre de la gestación. Su etiología es desconocida y se han postulado alteraciones trofoblásticas o endometriales.

El diagnóstico es ecográfico, y de acuerdo a los hallazgos se establece la clasificación de los distintos tipos de placenta previa:

- Tipo I: placenta previa oclusiva total. Cubre por completo el orificio cervical interno (OCI).
- Tipo II: placenta previa oclusiva parcial. Cubre de forma parcial el OCI.
- Tipo III: placenta marginal. Placenta que alcanza el borde del OCI, pero sin sobrepasarlo.

- Tipo IV: placenta de inserción baja. Se encuentra a menos de 2 cm del OCI, sin alcanzarlo.

Existe una serie de factores de riesgo asociado a esta patología:

- Cesárea previa y cirugías uterinas (miomectomía, legrado).
- Edad avanzada, multiparidad, raza negra.
- Consumo de tóxicos (tabaco, cocaína).
- Técnicas de reproducción asistida.
- Gestación múltiple.

El síntoma característico de la placenta previa es el sangrado rojo, brillante e indoloro de origen materno. No suele producir sufrimiento fetal salvo en caso hemorragia intensa y abundante que ocasione shock hipovolémico materno. La ausencia de contracciones uterinas es el dato más importante para el diagnóstico diferencia con el desprendimiento placentario.

El manejo de la placenta previa depende de la edad gestacional y clínica. Ante el diagnóstico se debe realizar un seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre. Debido a la obstrucción del canal cervical, la vía del parto será una cesárea (salvo en el caso de la placenta de inserción baja o marginal en las que es posible un parto vaginal, pero tienen una elevada tasa de cesáreas, sobre todo las que se encuentran a una distancia inferior a 1cm del OCI).

- Pacientes sintomáticas por debajo de la semana 36 de gestación se recomienda realizar un manejo conservador intrahospitalario siempre y cuando se cumplan adecuado estado hemodinámico materno, no trabajo de parto ni signos de pérdida de bienestar fetal. Será importante mantener la estabilidad hemodinámica de la paciente con controles analíticos en los que se mantengan una hemoglobina superior a 10g/dl y hematocrito superior al 30%. Se indicará reposo relativo y se realizará la maduración pulmonar fetal con corticoides. se programará cesárea electiva en la semana 37.

- En pacientes asintomáticas se programará una cesárea electiva a partir de las 38 semanas de gestación.

- En pacientes sintomáticas con una hemorragia intensa que genere inestabilidad hemodinámica materna o sufrimiento fetal se indicará una cesárea urgente.

Complicaciones que se asocian a la placenta previa son:

- Presentación fetal anómala.
- Hemorragia masiva.
- Acretismo placentario.
- Infecciones, eventos tromboembólicos.
- Morbimortalidad perinatal, principalmente por la prematuridad.

Ante una metrorragia de tercer trimestre es necesario realizar un diagnóstico diferencial con las siguientes entidades:

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI): metrorragia de sangre oscura, asociada a dolor materno, sufrimiento fetal y aumento del tono uterino.
- Vasa previa. Metrorragia de sangre roja asociada a rotura prematura de membranas o a sufrimiento fetal. Tono uterino normal.
- Rotura uterina: sangrado variable (shock hipovolémico, hemoperitoneo) asociado a sufrimiento fetal.

5 Discusión-Conclusión

La placenta previa es una entidad clínica cuya incidencia está en aumento, asociada al aumento de sus factores de riesgo. La implicación de su localización en la vía del parto, el seguimiento y control que precisa, así como la clínica de hemorragia e inestabilidad hemodinámica que puede producir afectando al estado tanto materno como fetal la convierten en una patología muy importante de gran trascendencia en la evolución de la gestación. Su evolución en los casos asintomáticos o con síntomas que permitan un manejo conservador permitirá la realización de una cesárea electiva una vez se alcance el término de la gestación, siendo preciso finalizar mediante una cesárea urgente aquellos casos sintomáticos que alteren la estabilidad/bienestar materno o fetal.

6 Bibliografía

1. King LJ, Dhanya Mackeen A, Nordberg C, Paglia MJ. Maternal risk factors associated with persistent placenta previa. *Placenta*. 2020 Sep; 189-192.
2. Galindo A. *ecografía obstétrica*. 1ª Ed. Madrid. Marban, 2019; 583-620.
3. Tejerizo García A, Holgado Sánchez D, Tejerizo López L.C. *Tratado de ginecología y obstetricia*. 2ª Ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2013. Vol.2, 1291-1298.

Capítulo 45

PROPUESTA ESTUDIO SOBRE LA INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN EN LA ANSIEDAD PREOPERATORIA

MARÍA CORREAS MARÍN

MIREN ROS AÑON

ALBA FERNÁNDEZ CÍA

TERESA LÓPEZ ZARAGÜETA

ANA IZCO SALINAS

1 Introducción

La OMS define ansiedad como una reacción emocional normal ante situaciones que el individuo entiende como amenazantes para él. Es una reacción común caracterizada por sentimientos de inquietud, excitación e inseguridad. También se manifiesta mediante signos físicos como la taquicardia o taquipnea que están relacionados de alguna forma con la supervivencia, permitiendo que adoptemos las medidas necesarias para enfrentarnos a una situación que entendemos como amenazante. Cuando la ansiedad sobrepasa una cierta intensidad por encima de la capacidad adaptativa, es cuando predominan aspectos negativos que afectan al plano psicológico, somático y conductual, lo que incluso puede, en ocasiones, confundirse con otras patologías (1).

Entendemos por ansiedad preoperatoria el estado de inquietud que experimenta una persona ante la proximidad de un evento quirúrgico al que va a ser sometido (2). Múltiples factores son los que influyen en quién vive esta tensión antes de una cirugía: la importancia de la intervención, así como el nivel educativo, la edad o el momento vital en que se encuentre la persona influyen claramente sobre el estado emocional (3). Una intervención quirúrgica puede interpretarse por parte del paciente como un evento amenazante, lo que puede generar niveles altos de ansiedad, produciendo un bajo nivel de control ante una situación para ella impredecible (4).

Por nuestra experiencia laboral, observamos que la ansiedad preoperatoria es un evento frecuente, pero está poco evaluado. Los pacientes suelen presentar temores o angustia con respecto al acto quirúrgico y al acto anestésico, además, suelen presentar temor ante el dolor y la incertidumbre sobre cómo será el periodo de rehabilitación. La intensidad de estos temores puede variar desde la inquietud superficial hasta el pánico intenso.

En un contexto clínico, deberíamos ser capaces de medir la ansiedad preoperatoria de forma objetiva, para ello disponemos de una escala que la valora esta ansiedad específicamente, la Escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información de Ámsterdam (APAIS) (5).

La ansiedad ante una intervención quirúrgica puede influir sobre la inducción a la anestesia del paciente, así como en su recuperación (6). Entre sus consecuencias fisiológicas, son muy comunes la taquicardia, sudoración y la hipertensión. De hecho, la ansiedad está considerada como un predictor para padecer hipertensión intraoperatoria (7). Además, se ha señalado la ansiedad prequirúrgica como el predictor más importante para padecer dolor postquirúrgico, además de estar directamente relacionado con el riesgo de padecer náuseas y vómitos en el periodo postoperatorio, ya que los pacientes que padecen mayor grado de ansiedad precisan mayor cantidad de fármacos anestésicos en el proceso de la cirugía (7).

Como medida no farmacológica se ha descrito la importancia de la información prequirúrgica al paciente, siendo muy eficaz a la hora de disminuir la ansiedad preoperatoria (8). Los pacientes necesitan información general sobre todo el proceso: de la intervención, anestesia, estancia hospitalaria. Esta información sirve para preparar al paciente a enfrentarse a todo el procedimiento, así como para disipar dudas que pueda tener (9).

Una consulta informativa preoperatoria, puede llevarse a cabo por personal de enfermería, siendo recomendable en ella valorar la ansiedad preoperatoria del

paciente de forma objetiva por medio de escalas. La forma en la que se da está información juega un papel importante ya que, para que resulte eficaz, esta ha de impartirse de forma clara, entendible y verdad. Debemos asegurarnos de que la información es comprendida y dejar al paciente un espacio para preguntarnos sus inquietudes al respecto. Informar de forma correcta al paciente, incide en la disminución del nivel de ansiedad, lo que tiene múltiples efectos beneficiosos sobre estos pacientes y su recuperación posterior (10).

Creemos que una atención enfocada en la reducción de la ansiedad preoperatoria está relacionada con una disminución de la morbilidad postquirúrgica, lo que puede incluso verse reflejado en una reducción de los costes hospitalarios y una forma de ofrecer más calidad en la calidad total de nuestra atención (11).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar el grado de ansiedad previo a la intervención quirúrgica.

Objetivo secundarios:

- Evaluar si la visita prequirúrgica es eficaz para disminuir el grado de ansiedad ante un evento quirúrgico programado.
- Valorar la idoneidad de establecer de forma protocolizada una consulta de enfermería previa a la intervención quirúrgica programada con el fin de disminuir la ansiedad preoperatoria.
- Valorar el impacto que supondría la implantación de programas de información preoperatoria ya que con escasos recursos podemos evitar complicaciones que pueden generar alargamiento de estancias y aumento del costo hospitalarios.

3 Metodología

Planteamos la siguiente hipótesis: los pacientes que asisten una consulta de enfermería estructurada donde se genera un espacio donde se da información sobre el proceso quirúrgico y se resuelven dudas; se enfrentan con menos ansiedad al procedimiento quirúrgico, lo puede reflejarse en una mejor recuperación.

Para llevar a cabo el presente estudio, proponemos realizar un estudio ensayo clínico aleatorizado y controlado.

Para llevar a cabo este estudio se solicitará el correspondiente Comité ético de

investigación científica de Navarra. Y para reclutar a la muestra se contará con la colaboración del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Tanto el grupo control como el experimental estarán formados por pacientes que van a ser sometidos a cirugía general y del aparato digestivo por primera vez, excluyendo los que son con criterio oncológico a los que se les supone un nivel de ansiedad mayor.

El grupo control (n=50) estará constituido por pacientes que serán derivados al contexto quirúrgico de manera habitual, recibiendo la información que habitualmente se intercambia en la consulta del cirujano y del anestesta.

En el grupo de intervención (n=50), además de la información dada por el cirujano general y el anestesta, los pacientes asistirán a una consulta previa de enfermería donde, de forma estructurada, se da información y se resuelven dudas sobre todo el proceso de intervención, generando un espacio de confianza donde el paciente pueda expresar sus miedos, dudas e inseguridades. A este grupo, además de facilitar la información de forma verbal, se les dará la información en material impreso especialmente orientado para este estudio.

Los criterios de inclusión para el grupo experimental serán:

- Paciente con capacidad para interactuar y responder a las escalas de valoración.
- Paciente mayor de edad que de consentimiento para participar en el estudio.
- Paciente que se someta a un proceso quirúrgico por primera vez (ya que los que lo hacen por segunda o tercera, presentan un nivel de ansiedad diferente por no exponerse a un contexto novedoso).

Los criterios de exclusión serán:

- Pacientes con sintomatología psiquiátrica o que presenten cierto nivel de deterioro cognitivo que interfiera con el entendimiento de la información prequirúrgica.
- Pacientes cuyas cirugías no son programadas, como las derivadas de urgencias o las de pacientes ya ingresados.

Con posterioridad a la intervención de información y educación prequirúrgica, se les administrará la escala APAIS, para valorar la ansiedad preoperatoria de la muestra (5) en su versión adaptada para población española y publicada por la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Se trata de un cuestionario con un total de 6 ítems puntuables de 1 a 5; siendo su puntuación entre 6 y 30 puntos. Para población

española se estableció el punto de corte en 14 puntos, para considerar la existencia de ansiedad preoperatoria.

Para valorar el efecto de la intervención sobre la ansiedad prequirúrgica, una vez recogidos los datos de ambos grupos de procederá al análisis estadístico mediante una comparación de medias con una T de Student de muestras independientes.

4 Bibliografía

1. Grupe DW, Nitschke JB. Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci.* 2013;14(7):488-501.
- 2.. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns.* 2016;99:733-8.
3. Kipnis G, Tabak N, Koton S. Background music playback in the preoperative setting: Does it reduce the level of preoperative anxiety among candidates for elective surgery? *J Perianesth Nurs.* 2016;31:209-16.
4. Krohne HW. Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. En: Krohne HW, editor. *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness.* Seattle, Toronto: Hogrefe & Huber; 1993. p. 19-50.
5. Moerman N, Van Dam F, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* 1996;82(3):445-51.
6. Cohen NH. Perioperative management. In: Miller RD, ed. *Miller's Anesthesia.* 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 3.
7. Guerrier G, Rondet S, Hallal D, Levy J, Bourdon H, Brezin A, et al. Risk factors for intraoperative hypertension in patients undergoing cataract surgery under topical anaesthesia. *Anaesth Crit Care Pa.* 2016; 35(5):343-46.
8. Kesänen J, Leino-Kilpi H, Lund T, Montin L, Puukka P, Valkeapää K. Increased preoperative knowledge reduces surgery-related anxiety: a randomised clinical trial in 100 spinal stenosis patients. *Eur Spine J.* 2017;26(10):2520-28.
9. Vilela de Oliveira E R. AnsiedadePré-Operatória. [Tesis Doctoral]. Portugal: Universidad do Porto; 2011.
10. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Morales-Fernandez A, Canca-Sanchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapuerta JA. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Out.* 2017;15(1):120-30.
11. Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vögele C, Byrne-Davis LMT,

et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2016, (5):CD008646.

Capítulo 46

ENFERMERÍA Y LA DACRIOCISTITIS CRÓNICA

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

SERGIO SANTOS TIRADO

1 Introducción

Es una obstrucción de los conductos lagrimales frecuente en bebés.

Cuando esto se produce, el ojo lagrimea y pueden surgir los siguientes síntomas:

- Exceso de lágrimas en niños de 6 y 8 meses de edad.
- Infección grave del conducto lagrimal y repetición de éstas.

Lo primero que se debe hacer es descartar cualquier otro problema ocular con síntomas similares.

Se realiza una prueba sencilla e indolora con un colorante, que se instila en el interior del ojo y así nos permite medir la cantidad de lágrimas que fabrica el ojo del bebé y comprobar si dicho conducto drena bien hacia la nariz.

En ocasiones se soluciona espontáneamente sin necesidad de anestesia.

Los niños mayores serán operados en el ámbito hospitalario con anestesia.

Hay 2 procedimientos quirúrgicos para resolver dicho problema:

- La desobstrucción mediante un fino alambre que se introduce suavemente en el conducto lagrimal y se irriga con una solución estéril para comprobar que está abierto. Es el procedimiento más utilizado hoy en día.
- La colocación de tubos de silicona en los conductos lagrimales del niño para ensancharlos. Dichos tubos pueden permanecer implantados entre 3-6 meses y a continuación se extraen en una sencilla operación o en la misma consulta.

2 Objetivos

- Dar a conocer e indicar la patología de la dacriocistitis crónica.
- Analizar la eficacia de la cirugía para curar esta patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

Habiendo analizado una muestra total de unos 100 niños podemos decir que el 75% de estos niños tienen una evolución favorable. El otro 25% restante hay niños que tienen que volver a repetir este procedimiento quirúrgico para dejar resuelto definitivamente su problema. Debemos señalar que muchas familias se dan cuenta tarde de este problema, ya que se puede confundir con una conjuntivitis y estar tratándola de forma incorrecta y retrasando así el diagnóstico correcto. Continuamente se están produciendo lágrimas para ayudar a proteger la superficie del ojo cerca de la nariz. Si este conducto se bloquea, las lágrimas se acumulan y se derramarán por las mejillas. Por lo cual muchos padres suelen asociar esta patología a un cuerpo extraño en el ojo o la irritación ocular producida por la continua manipulación de los ojos por parte del niño.

Este procedimiento suele realizarse a partir del año de vida, ya que muchas veces se puede resolver de forma espontánea sin ser necesario pasar al niño por una cirugía menor siendo recomendable realizar masajes circulares en el lagrimal obstruido para ver si con este método podemos evitar la cirugía aunque sea

menor. Los niños a esta edad son bastantes fáciles de controlar ya que van acompañados de sus padres y eso facilita el procedimiento y a nosotros nos da una estadística bastante aceptable para calcular qué cantidad de niños tienen esta obstrucción lagrimal y en qué períodos de edad suelen producirse. Normalmente suelen aparecer antes del primer año de vida aunque la mayoría de ellos suelen presentar signos y síntomas característicos de esta patología a una temprana edad.

Esta pequeña muestra nos permite ver que es algo muy común en los niños.

5 Discusión-Conclusión

Si los padres siguen con sus hijos las pautas recomendadas anteriormente podremos observar que los resultados que vamos a obtener van a ser muy satisfactorios tanto para los niños como para sus padres que se siente muy preocupados por este tipo de problema tan sencillo. El problema se solucionará en un período de tiempo no muy largo y con una incidencia en el niño mínima que hará que el haber pasado por este tipo de intervención quirúrgica no suponga un problema emocional y afectivo en el niño.

Por ello debemos incentivar la revisión ocular en los niños recién nacidos para que el problema sea diagnosticado con prontitud y resuelto en la mayor brevedad posible.

6 Bibliografía

1. About Kids Health. www.sociedadoftalmologicademadrid.com.
2. 89 Congreso Sociedad Española Oftalmología 2013, pág 33.
3. Dacriocistitis endonasal papel del oftalmólogo, Pediatría integral.es.

Capítulo 47

ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS QUIMIOTERÁPICOS

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

SERGIO SANTOS TIRADO

1 Introducción

La quimioterapia es una de las principales formas de tratamiento del cáncer. Consiste en la administración de fármacos citostáticos o antineoplásicos al paciente oncológico. Este tipo de fármacos actúan impidiendo que se produzca la división de las células tumorales, destruyéndolas.

La administración de citostáticos no está exenta de riesgos y complicaciones para los pacientes, e incluso, para los profesionales que se encargan de la manipulación. Una de las complicaciones más graves que puede producir la administración de este tipo de fármacos es la extravasación. La extravasación del fármaco consiste en la salida no intencionada de éste al espacio perivascular o subcutáneo durante su administración llegando a afectar a los tejidos adyacentes.

Un aumento del riesgo de extravasación se debe a:

- Factores relacionados con el paciente: edad, dificultad de comunicación, edemas, alteración en la percepción sensitiva, o enfermedades vasculares periféricas.

- Factores relacionados con el personal: existencia de profesional poco entrenado en el uso de citostáticos, catéter no adecuado, zona de punción no apropiada.
- Factores relacionados con el fármaco: cantidad, concentración, duración de la administración, utilización de la misma vía, potencial vesicante del fármaco, control posterior por parte del profesional.

La extravasación es una complicación muy grave, ya que, estos eventos disminuyen la calidad de vida del paciente, a la vez que pueden empeorar su estado y dificultar su posterior tratamiento. Por otra parte, los tejidos donde el fármaco penetra disponen de una escasa capacidad de neutralización, pudiendo llegar a producir una grave destrucción tisular.

El grado de daño de la extravasación se produce a largo plazo, y dependerá principalmente de:

- Cantidad de fármaco citostático.
- Concentración del fármaco citostático.
- Tiempo de exposición al fármaco.
- Zona en la que se produce la extravasación.
- Características tóxicas y agresivas del fármaco, según sea vesicante (causa daño tisular importante), irritantes (causan reacción inflamatoria en tejidos) o no agresivos.

La primera sospecha ante una extravasación se produce cuando en el punto de inserción del catéter se observan signos y síntomas como: dolor, prurito, enrojecimiento, palidez, hinchazón y piel fría o caliente. Otros indicios pueden ser la disminución del ritmo de infusión o la ausencia de retorno venoso a través del catéter.

2 Objetivos

Identificar e indicar los cuidados de enfermería ante una extravasación de un fármaco citostático en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Prevención de la extravasación:

- Solicitar la colaboración del paciente para que nos comunique cualquier signo o síntoma (extravasación, dolor, prurito, enrojecimiento, etc.) durante la infusión de la quimioterapia.
- Se debe contar con personal especializado para la administración de este tipo de fármacos.
- Siempre que exista la posibilidad, se deben utilizar catéteres venosos centrales. Si no es posible, el lugar de la punción más idóneo es el antebrazo del paciente debido a un menor posible perjuicio anatómico y funcional en el caso de una extravasación. Evitar las zonas de flexión y el dorso de la mano. La punción debe iniciarse por la parte más distal de la vena.
- Evitar miembros inferiores, situaciones de edemas, lesiones motoras y/o sensitivas, hematomas y resección linfática en mastectomías en los miembros superiores.
- Utilizar el catéter de calibre adecuado.
- Antes de la administración de citostáticos, comprobar la permeabilidad del catéter y el retorno venoso con soluciones isotónicas (suero fisiológico 0.9 % o suero glucosado al 5 %).
- Administración adecuada en tiempo y velocidad.
- Si se administran varios fármacos citostáticos, se deberá de lavar la vía con suero fisiológico o suero glucosado al 5 % (dependiendo del fármaco), para evitar interacciones entre los diferentes antineoplásicos. Al finalizar el tratamiento, lavar la vía con un volumen de entre 20 y 50 ml de suero. Administrar primero el medicamento vesicante y si fueran dos vesicantes primero el de menor volumen.
- Informar siempre al paciente y/o familiar sobre los riesgos y síntomas de una extravasación, para que pueda alertar al profesional si aparece algún síntoma que le haga sospechar de ella durante la infusión.

Identificación de extravasación y actuación enfermera.

Según el tipo de citostático administrado puede variar la presentación de una extravasación:

- Una vez identificado el tipo de citostático extravasado, la actuación debe ser rápida y eficaz, llevando a cabo medidas específicas e inespecíficas para evitar grandes complicaciones. En cada extravasación se debe actuar de forma individualizada para neutralizar el fármaco extravasado.
- Es importante que en los servicios hospitalarios dónde se administren los fármacos citostáticos, exista un kit de extravasación que disponga de todo el material

necesario para una posible actuación de urgencia.

Medidas generales:

- Detener completamente la administración del fármaco.
- El resto del fármaco citostático se administrará por otra vía venosa, y si es posible, en la otra extremidad.
- Avisar al médico responsable del paciente y al servicio de farmacia.
- Retirar el equipo de infusión, pero no retirar el catéter. Pues antes de retirarlo se debe tratar de aspirar la mayor cantidad del fármaco posible. Si se forman ampollas en la zona afectada, absorber con una jeringa de 1cc y aguja de insulina.
- Administrar antidotos adoptados por la Institución.
- Señalizar los bordes de la zona afectada para poder llevar un control de su evolución.
- Debemos de elevar la extremidad por encima del nivel del corazón durante las 48 horas siguientes y realizar higiene de la zona sin sumersión, y secando a pequeños toques.
- Evitar cualquier roce o presión sobre la zona, y cualquier producto, crema o aceite que no haya sido prescrito por un médico.
- Informar al paciente y realizar un seguimiento de los síntomas durante las primeras 24/48 horas y a la semana siguiente de la extravasación. Si la extravasación ha afectado a estructuras más profundas, debe ser evaluado y tratado por un médico especialista.

Medidas específicas:

1. Medidas farmacológicas, uso de medicamentos para evitar la necrosis y la ulceración de la zona afectada como: antidotos, corticoides (para reducción de la inflamación por extravasación), antibióticos (ante sospecha de infección en heridas y ulceraciones), analgésicos (manejo del dolor).

2. Medidas físicas:

- Frío seco.
- Calor seco: evitar el calor húmedo por riesgo de maceración de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el profesional de Enfermería administre el tratamiento de quimioterapia con la máxima precaución, que esté entrenado y tenga conocimientos sobre la toxicidad de estos fármacos, sus factores de riesgo, el tratamiento y la prevención de las complicaciones para reducir las consecuencias. Para una actuación de calidad, rápida, y eficiente de la enfermería ante una extravasación de

citostáticos, y ante su prevención, los profesionales deben de poseer una formación actualizada y amplia.

Además, es necesario tener establecidas de antemano unas pautas de actuación ante una extravasación, teniendo que ser conocidas por todo el personal implicado en la atención de estos pacientes y disponer de un botiquín de extravasación en el servicio. En cada institución debe existir una guía y una normativa de procedimiento común y consensuada por y para todo el personal de la unidad.

6 Bibliografía

1. Alfaro Martínez, E., Delgado Sevilla, D. Fernández, Castro, Belén, Oltra López, P., Periñan, Carmona, V, et al. Cuidados de Enfermería en la extravasación de fármacos quimioterápicos. Rev. Portales Médicos. [Internet]. 2017 [Acceso 19 de feb de 2021] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>.
2. Díaz, S, Recalde, S., Barbona, L. O. Cuidados de enfermería en la administración de citostáticos. prevención de extravasación por citostáticos IV. Rev.Medicina Infantil. [Internet]. 2018 [Acceso 19 feb de 2021] 25. Disponible en: <https://www.medicinainfantil.org.ar>.
3. Gómez, Gómez, B. Manejo de la extravasación de citostáticos: una mirada desde enfermería. [Tesis] Medellín. 2018. [Acceso 19 de feb de 2021] 47-49 Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>.
4. Cruz, González, C., Moral, Jiménez, J., López, García, H. Actuación de enfermería ante una extravasación de quimioterapia. Inquietudes [Internet]. 2009 [Acceso 19 de feb de 2021]. 41; 17-20. Disponible en: <http://www.index-f.com>.

Capítulo 48

ENFERMERÍA EN UROGRAFÍA INTRAVENOSA

ANTONIA DIAZ MUÑOZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ MORALES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

SERGIO SANTOS TIRADO

1 Introducción

La urografía intravenosa es un estudio radiológico que permite visualizar el aparato urinario (riñones, uréteres, vejiga, uretra). Para su visualización necesitamos inyectar por vía endovenosa contraste yodado y la realización de radiografías seriadas. Entre las indicaciones más frecuentes se encuentra; descartar hematuria, litiasis renal y tumores en el tracto digestivo.

La realización de la prueba suele durar aproximadamente 30 min, pudiéndose alargar si fuera necesario realizar radiografías tardías. A pesar de la adecuada realización de la prueba, puede presentarse efectos indeseables, tanto de la propia intervención, como del estado de salud del paciente (diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, edad, obesidad, etc.) y específicos del procedimiento:

- Riesgos frecuentes: Irradiación: la radiación recibida en urografía suele ser de 2.5 mSv, es la equivalencia a 125 radiografías de tórax, que es lo que equivaldría

14 meses de radiación ambiente. Está contraindicada en embarazadas (podría producir malformaciones fetales) o molestias en la zona de la punción.

- Poco frecuentes: reacciones adversas al contraste yodado, se clasifican según las consecuencias para el paciente en leves y graves:

1. Leves: náuseas, vómitos, picores y urticaria.

2. Graves: dificultad respiratoria, convulsiones, insuficiencia renal, pérdida de consciencia o el evento adverso por la extravasación del contraste yodado.

Es necesario consentimiento informado para la realización de la prueba, el cual debe ser entendido, leído y firmado por el paciente

2 Objetivos

- Describir la preparación del paciente antes, durante y después de la prueba de urografía intravenosa.

- Conocer y detectar las posibles complicaciones que pueden ocurrir para evitar consecuencias negativas para el paciente y profesionales implicados.

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 “urografía”, “contraste yodado”, “uro tac” “antidiabéticos orales”.

4 Resultados

En la realización de la urografía intravenosa intervienen diferentes profesionales; radiólogo, técnico de imagen y enfermera. Para que la exploración sea concluyente necesitaremos; preparar al paciente, luego realizaremos la prueba y finalizaremos.

Preparación del paciente:

- Para la realización de la prueba se realiza una limpieza previa del colon, para poder ver las imágenes con nitidez. Tendrá que seguir una dieta, que se entregará días anteriores a la exploración.

- El paciente llegará en ayunas a la prueba.

- Si el paciente está tomando antidiabético oral, como en el caso de “Metformina” deberá suspenderlo 48 horas previas a la prueba y reanudarlo 48 horas después. El no suspenderlo provoca riesgo de acidosis láctica.
- Comprobar que el paciente entrega el consentimiento informado, que lo ha entendido y firmado.
- Comprobar alergias tanto alimentarias como medicamentosas, así enfermedades previas.
- Si tiene insuficiencia renal, deberá tener una analítica previa, comprobará valores de creatinina y filtrado glomerular. Dependiendo de la gravedad de la insuficiencia renal, se recomendaría tomar acetilcisteína (Flumil Forte) 12 horas antes de la prueba, antes de la prueba y 12 horas después.
- En caso de que sea mujer, comprobar posibilidad de embarazo, si es así se suspenderá la prueba, si está con lactancia materna, se recomienda suspenderla durante 48 horas.
- Se le informará que tiene que quitarse la ropa y objetos metálicos, facilitaremos un camisón.
- El paciente tendrá que orinar antes de la prueba, en caso de llevar sonda la pinzaremos, salvo indicación médica.
- Una vez dentro de la sala informaremos en qué consiste la prueba, explicaremos que el contraste puede producir calor en el cuerpo, sobre todo en sus partes, como sensación de ganas de orinar, sabor metálico en la garganta, pero que todo esto desaparece en unos minutos. Nos tendrá que informar si nota falta de aire, náuseas o vómitos.

Realización de la prueba:

- Comprobaremos identidad del paciente.
- Se tumbará en Decúbito supino.
- Se canalizará vía periferia.
- Introducción del contraste.
- Realización imágenes.

Durante el procedimiento:

- Se estará observando cualquier efecto adverso del contraste, suelen ser leves (prurito, erupción cutánea, cefaleas, náuseas) en raras ocasiones son graves.

Al terminar:

- Se retirará vía al paciente.
- Se le comunicará que durante todo el día ingiera abundantes líquidos para eliminar el contraste.
- Podrá realizar vida normal.

5 Discusión-Conclusión

La urografía intravenosa ha sido la exploración de elección para patología urinario hasta finales del siglo XX, actualmente está siendo sustituida por el Uro TAC; debido a la gran sensibilidad que este tiene.

Sin embargo, la urografía sigue siendo una herramienta diagnóstica muy útil; especialmente para trastornos estructurales de vías urinarias, detectar cálculos y obtener información de obstrucción en vías urinaria. Es un procedimiento poco invasivo, raras veces presenta complicaciones y proporciona gran información. Durante el procedimiento la labor de enfermería es muy importante, participa en la preparación de la prueba, apoya al paciente y vigila posibles complicaciones. Deberá proporcionar buena información al paciente, con el fin de conseguir una prueba de calidad, disminuir sus miedos y conseguir una buena colaboración.

6 Bibliografía

1. Médicos, P. (2017, 5 de febrero). Urografía intravenosa. Recuperado el 11 de marzo de 2021, sitio web de Revista-portalesmedicos.com: [https://www. revistaportalesmedicos.com/](https://www.revistaportalesmedicos.com/)
2. Pielografía intravenosa. (s/f). Recuperado el 11 de marzo de 2021, de Mayo clinic.org sitio web: <https://www.mayoclinic.org>.
3. Ramchandani, P. (2006). Urografía intravenosa. En Radiología. Secretos (págs.191-199). Elsevier.
4. Portillo, MG, Tesán, FC, Zubillaga, MB y Salgueiro, MJ (2015). Modificación cualicuantitativa de estudios dinámicos renales por interacción con medios de contraste iodado. Imagen diagnóstica , 6, 18-23.
5. Ramírez Ribelles, C., Sánchez Fuster, MA y Pamies Guilabert, J. (2014). Contrastes yodados de utilización en Radiología. Radiología , 56 Suppl 1 , 12-20.
6. (S/f). Recuperado el 11 de marzo de 2021, de Juntadeandalucia.es sitio web: [http: //www.sspa.juntadeandalucia.es/](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/).

Capítulo 49

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS CON PACIENTES CON ASCITIS

NATALIA GALLEGO VILLAFAINA

MARTA GARZÁS PARAMIO

ANA TALAVERA SALVADOR

1 Introducción

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

Tipos de ascitis:

- Ascitis no refractaria.

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

1. Grado I o leve: presenta una cantidad mínima de líquido. El abdomen no suele presentar distensión.
2. Grado II o moderada: presenta una cantidad de líquido suficiente como para distender el abdomen y aumentar el perímetro abdominal.

3. Grado III o ascitis a tensión: presentan una cantidad de líquido muy importante, además de dolor causado por la distensión y disnea.

- Ascitis refractaria.

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

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería en el paciente con ascitis y sus complicaciones.

- Describir los métodos diagnósticos de la ascitis.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Diagnóstico.

Exploración física:

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

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

Pruebas de imagen:

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

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

También se puede solicitar un TAC abdominal.

Pruebas analíticas.

- Paracentesis diagnóstica:

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

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

Tratamiento:

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

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

- Paracentesis evacuadora.

- Tratamiento específico para la causa subyacente de la ascitis.

- Derivación portosistémica percutánea intrahepática.

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

Paracentesis evacuadora.

Material:

- Antiséptico, gasas, esparadrapo.

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

- Material para fijación (en algunos casos se utiliza una esponja jabonosa estéril, cortada por la mitad).

- Sistema de suero.

- Contenedores para la recogida de líquido, y si precisa de muestras.

Método:

- Antes de comenzar, se le tomará al paciente, el peso, el diámetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.

- Al paciente, normalmente, se le coloca decúbito lateral izquierdo.

- Se traza una línea imaginaria entre el ombligo y la cresta iliaca izquierda.

- Pintamos la zona con antiséptico.

- Se realiza la punción con el catéter, éste a su vez conectado al sistema, la parte donde se encuentra la cámara la habremos desechado previamente, éste extremo del sistema lo colocaremos sobre el contenedor para recoger el líquido y contabilizarlo.

- Fijamos el catéter al paciente, para evitar su salida accidental.

Reposición de líquidos:

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

6 Bibliografía

1. Plancarte, R., Guillén, M. R., Guajardo, J., & Mayer, F. (2004). Ascitis en los pacientes oncológicos: Fisiopatogenia y opciones de tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (3), 156-162.
2. Ginès, P., Cabrera, J., Guevara, M., Morillas, R., del Árbol, L. R., Solà, R., & Soriano, G. (2004). Documento de consenso sobre el tratamiento de la ascitis, la hiponatremia dilucional y el síndrome hepatorenal en la cirrosis hepática. *Gastroenterología y hepatología*, 27 (9), 535-544.

Capítulo 50

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA RESPIRATORIA PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN ENFERMERÍA

MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ

1 Introducción

Para realizar un manejo seguro y responsable de la vía aérea, es esencial contar con un conocimiento básico de su anatomía y fisiología.

El sistema respiratorio se considera un conjunto de estructuras anatómicas encargadas de la conducción e intercambio ventilatorio.

Además, tiene otras funciones como la olfacción, la filtración, el calentamiento y la humidificación del aire.

Está constituida de cabeza a pies, por la nariz desde las fosas nasales y por la boca desde los labios, hasta los alvéolos respiratorios.

La vía aérea puede tener variaciones estructurales o funcionales, las cuales son dependientes de condiciones clínicas y de variantes anatómicas, conceptos que deben ser conocidos y evaluados por el personal sanitario. Pero para ello es imprescindible conocer las estructuras y funciones adecuadas, y poder así identificar dichas variaciones.

En este capítulo presentaremos brevemente aquellos factores anatómicos que son de mayor relevancia para el correcto manejo de la vía aérea. Además de conocer el correcto funcionamiento de la fisiología pulmonar, como llegan los pulmones a oxigenar el resto del cuerpo, y así conseguir que los demás órganos puedan llevar a cabo correctamente todas sus funciones.

Repasando los procesos de difusión del gas, distribución ventilación-perfusión, tono vascular y volúmenes pulmonares, esenciales para poder entender dicha fisiología.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del sistema respiratorio y sus estructuras.
- Exponer las estructuras respiratorias relevantes en el manejo de la vía aérea.

3 Metodología

Para llevar a cabo este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos relacionado con el tema y siempre procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para empezar a estudiar el sistema respiratorio comenzaremos por la nariz, donde se inicia la vía aérea, su principal función es el ingreso y conducción de aire hacia la faringe, y por otro lado, además de la olfacción tiene también funciones de filtración, humidificación y calentamiento del aire.

La cavidad nasal estructuralmente se compone de dos fosas, una a cada lado del tabique nasal.

Cada fosa nasal está formada por piso, techo y dos paredes, una medial o tabique y otra lateral. En la pared posterior se encuentran las aberturas o coanas las cuales se continúan con la nasofaringe. La pared superior de cada fosa nasal está compuesta por la lámina cribiforme del hueso etmoides. Importante recordar esta comunicación entre fosa nasal y hueso etmoides, dado que, en las fracturas de la base de cráneo, no se debe ni utilizar tubos nasotraqueales para intubar al paciente ni utilizar sondas de nasogástricas o de aspiración de secreciones, ya que puede ser atravesada por ellos y lesionar el sistema nerviosa expuesto por la fractura.

La pared medial o también llamada el septum, divide las fosas nasales, está compuesta por el etmoides, el vómer y el cartílago cuadrangular. El septum puede

estar desviado y no estar exactamente en la línea media, creando una asimetría que puede obstruir una de las fosas nasales. Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de manipular la vía aérea para poder disminuir la posibilidad de lesiones con dispositivos transnasales al manipular la fosa nasal más estrecha. La introducción forzada de tubos a través de la nariz puede lesionar los cornetes, para evitar esta complicación deben lubricarse y al introducirlos se deben dirigir hacia atrás y con la orientación en el plano perpendicular en relación con la cara. Los tubos se deben introducir paralelo al septum para evitar que se deslice debajo de un cornete y dañarlo, produciendo un sangrado en la vía aérea y creación de un cuerpo extraño con un cornete amputado.

La boca se extiende entre los labios y los pliegues palatoglosos. El techo de la boca está formado por tanto por el paladar duro, como por otro blando. Dentro de esta se encuentran la lengua (órgano considerado como el más grande dentro de la boca), cuyos dos tercios anteriores forman su piso, y los dientes, que son un factor importante que considerar durante la laringoscopia rígida o directa. La lengua juega un papel fundamental en la mantención de una vía aérea permeable, ya que debido a su tamaño y posición anatómica puede obstruir la entrada de aire. Los cóndilos de la mandíbula articulan con la articulación temporomandibular dando cuenta de los primeros 30° de apertura bucal.

Para poder desplazar la lengua y despejar así la vía aérea se requiere una maniobra de protrusión mandibular en la cual se realiza la subluxación de los cóndilos mandibulares.

Dicha maniobra es importante durante la ventilación tanto con mascarilla facial como en la intubación, ya que, si no la logramos, se tendrán problemas para la ventilación e intubación del paciente.

La faringe es un tubo que mide entre 12 y 15 cm de longitud, y que se extiende desde la base del cráneo hasta el cartílago cricoides, donde se continúa con el esófago. Está formada por tres músculos constrictores superpuestos como capas y su contracción permite el paso del bolo alimenticio al esófago. Por otro lado, en la parte baja del constrictor inferior se inserta en el cartílago cricoides, el cual origina el músculo cricofaríngeo, que actúa como esfínter a la entrada del esófago, siendo considerado como una barrera a la regurgitación de contenido gástrico dentro de la vía aérea. El cartílago cricoides se puede palpar con facilidad inmediatamente por debajo del cartílago tiroides. Al tratarse de un anillo completo, cuando se desplaza hacia atrás ocluye el esófago, por lo que puede prevenir la regurgitación gástrica y por lo tanto la aspiración del contenido del estómago durante la intubación. Esta maniobra de compresión del cartílago cricoides durante la intubación es conocida como maniobra de Sellick. Muy importante a

tener en cuenta cuando la realicemos, tenemos que esperar a llenar el balón neumotaponador, para poder finalizar la maniobra, ya que de lo contrario podríamos provocar la regurgitación.

La faringe se comunica con la nariz, boca y laringe, lo que permite dividirla en los respectivos segmentos:

- Comunicación con nariz o nasofaringe.

Dicha estructura va desde el cráneo, concretamente desde su base, hasta llegar al paladar blando.

Resaltaremos de esta parte la comunicación con la cavidad nasal a través de las coanas. Además de otras En ella se encuentran dos estructuras de importancia: la entrada al conducto auditivo a través de la trompa de Eustaquio, y los adenoides, que se trata de un tejido linfoide presente en la pared y que va haciéndose cada vez más pequeño conforme va pasando la edad.

- Comunicación con boca: orofaringe.

La orofaringe es una estructura que se extiende desde el paladar blando a la epiglotis.

Lateralmente se encuentran las amígdalas y sus pilares.

- Comunicación con laringe: laringofaringe.

Se trata de la porción del tracto respiratorio más distal de la faringe y va desde el segmento que está entre la punta de la epiglotis y el cartílago cricoides. Va entre la laringofaringe y la tráquea.

La laringe tiene funciones de fonación y de protección para evitar la broncoaspiración, muy importante para nuestro manejo de la vía aérea.

En el sexo femenino suele ser más corta que en el sexo masculino y en los infantes está ubicada más alta a nivel del cuello. Estructuralmente en la laringe aparecen tres regiones: glotis, supraglotis y subglotis.

La laringe mantiene su posición gracias a el hueso hioides.

A nivel de la laringe existen estructuras de gran relevancia para la permeabilidad y el manejo de la vía aérea entre las cuales se encuentran:

Pliegue glosopiglotico, une la base de la lengua con la epiglotis. Si se realiza una presión sobre dicho pliegue, que ocurre cuando se utiliza una pala de laringoscopio, se levanta la epiglotis y expone la glotis dando una visión adecuada para poder realizar una intubación traqueal.

Los cartílagos aritenoides, responsables de las cuerdas vocales y de su movimiento, pueden ser dañados con la inserción de un tubo endotraqueal, cuando este es demasiado grande, ya sea directamente o al tiempo por una isquemia, pueden producir una lesión laríngea de manera permanente.

La membrana cricotiroides, se trata de un hito anatómico muy importante. Ubi-

cada entre el cartílago tiroides y cricoides. En las últimas técnicas de manejo de vía aérea lo utilizan como punto de entrada para el uso y la inserción de dispositivos quirúrgicos o percutáneos de ventilación. Estos dispositivos se usan cuando no es posible la intubación normal, es decir cuando han fallado el resto de los dispositivos de intubación.

Debemos destacar la importancia de recomendar que la punción se realice en la mitad inferior de la membrana para evitar así la punción de la arteria cricotiroides y su posible lesión.

La tráquea es una estructura tubular que transporta el aire hacia los bronquios. Tiene una longitud de 13 centímetros, está compuesta por 18 a 22 cartílagos. No son uniformes, existen variaciones sensibles entre la distancia entre ellos.

Los anillos constituidos por fibras elásticas longitudinales que permiten a la tráquea estirarse y contraerse según los pulmones se mueven durante el ciclo respiratorio.

En la carina, estructura situada al final de la tráquea, se originan ambos bronquios, derecho e izquierdo.

Dichos bronquios se dividen en los bronquios principales, que son dos tubos formados por anillos de cartílago hialino, uno para cada pulmón. Se dirigen hacia abajo y afuera desde la tráquea hasta los hilos pulmonares, donde se insertan en los pulmones.

El bronquio principal derecho más vertical, corto y ancho que el izquierdo, lo que explica que sea más probable que un objeto entre en el bronquio principal derecho. Esto último es importante valorarlo cuando al intubar a un paciente no alcanza los niveles de saturación esperados, ya que la causa sea que hemos entrado dentro del bronquio derecho y no estamos ventilando el bronquio izquierdo.

Una vez dentro de los pulmones, los bronquios se dividen en sectores que van definiendo al pulmón.

Cada bronquio se divide en bronquios lobulares, dos en el lado izquierdo y tres en el lado derecho, cada uno correspondiente a un lóbulo del pulmón.

Posteriormente estos bronquios lobulares se dividen, en bronquios segmentarios también llamados segmentos pulmonares, cada uno de los cuales tiene sus propios bronquio, arteria y vena segmentarios.

Dichos bronquios segmentarios también se dividen en bronquios más pequeños, llamados bronquiolos.

Debido al parecido con un árbol invertido de la ramificación bronquial también la nombramos árbol bronquial.

Fisiología respiratoria:

Para poder entender el proceso de la respiración hay que dividirlo en dos; lo que

recibe el nombre de respiración externa, que se trata del intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y la atmósfera. Y por otro lado la respiración interna, que es el proceso de intercambio de gases entre la sangre de los capilares y las células de los tejidos.

La respiración externa se divide en cuatro etapas:

La ventilación pulmonar es el intercambio del aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares y se lleva a cabo mediante la inspiración, proceso mediante el cual el diafragma se contrae y los pulmones consiguen expandirse, y la espiración en la que los pulmones se retraen y producen la relajación del diafragma.

La difusión de gases, que consiste en el paso del oxígeno y del dióxido de carbono desde los alvéolos a la sangre y viceversa, desde la sangre a los alvéolos.

Y, por último, la regulación del proceso respiratorio.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de la anatomía y fisiología del aparato respiratorio es un pilar fundamental para el personal de enfermería y el resto de los profesionales de la salud. Tanto en el ámbito de atención primaria como en atención especializada, en ambos se recomienda el estudio teórico.

Conocer las estructuras y la fisiología garantiza un correcto manejo de la vía aérea y por consiguiente una mayor tasa de éxito en los procedimientos. Resaltando la relevancia de un correcto manejo de la vía aérea en situaciones de urgencias y emergencias, el personal de enfermería debe de estar correctamente formado para poder asistir correctamente en dichas situaciones.

6 Bibliografía

1. Burkitt HG, Young B, Heath JW. Histología funcional Wheater. 3ª ed. Madrid: Churchill Livingstone; 1993.
2. Berne RM y Levy MN. Fisiología. 3ª ed. Madrid: Harcourt. Mosby; 2001.
3. Agur MR, Dalley F. Grant. Atlas de Anatomía. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
4. García-Araque HF, Gutiérrez-Vidal SE. Aspectos básicos del manejo de la vía aérea: anatomía y fisiología. Rev Mex Anest. 2015;38(2):98-107.

Capítulo 51

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SONDAJE VESICAL Y NASOGÁSTRICO

MARIA DEL ESPINO VERGARA SANCHEZ

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) relacionadas directamente con el sondaje vesical en los hospitales son un gran handicap para el personal sanitario y sobre todo para el personal de enfermería, debido a su elevado porcentaje.

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda vesical a través de la uretra hasta llegar a la vejiga, con el fin de drenar la orina.

Tiene tanto fines terapéuticos como diagnósticos.

Según el tiempo de permanencia de la sonda, se puede clasificar en permanente, temporal e intermitente. Habitualmente es una técnica realizada expresamente por el personal de enfermería, aunque en caso de complicaciones durante la realización del procedimiento, cuenta con el respaldo del profesional de medicina. Es imprescindible el correcto conocimiento y práctica por parte de los profesionales de enfermería para así poder realizar la técnica con la máxima esterilidad y así disminuir el riesgo de futuras complicaciones, siendo tan frecuentes las ITU secundarias a la introducción de una sonda vesical.

Por otro lado el sondaje nasogástrico también es una de las técnicas propias del personal de enfermería, por lo que su estudio y entrenamiento es imprescindible para dicho personal.

Se trata de la introducción de una sonda en el estómago del enfermo a través de la nariz con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

2 Objetivos

- Conocer la técnica de inserción de sonda vesical y nasogástrica.
- Saber la indicación de cada uno de los tipos de sondas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos relacionado con el tema y siempre procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Sondaje Vesical:

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos:

- Retenciones urinarias por obstrucciones de la uretra.
- Intervenciones quirúrgicas: permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Control de la diuresis: control de la cantidad de la diuresis.
- Tratamientos terapéuticos: mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.
- Recogida de muestras estériles.
- Introducir medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos.

Tipos de sondaje:

Según el tiempo de permanencia del sondaje se distingue entre:

Sondaje permanente de larga duración, con una duración mayor de 30 días, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Está indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria.

Sondaje permanente de corta duración, de iguales características que el anterior, pero con una duración menor de 30 días, usándose en caso de patología agudas. Sondaje intermitente, que se realiza cada cierto tiempo (en general, cada 6 – 8 horas) y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga.

Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y, además del profesional sanitario, la/el paciente o sus cuidadoras/es pueden ser adiestrados para realizarlo en domicilio (autosondaje).

Tipos de sondas.

Según su composición:

Látex: de uso muy frecuente. Sin embargo, las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex.

Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona (siliconada). Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con duración inferior a 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios).

Silicona: Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto proporcionar mejor tolerancia. Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex.

Cloruro de polivinilo (PVC): también conocidas como sondas de Nélaton. Se usan en cateterismos intermitentes, para diagnóstico o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos.

Según el calibre:

Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente: en el caso de adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30.

Los calibres que se utilizan con más frecuencia son:

Mujeres: CH 14 y 16.

Varones: CH 16-18-20-22.

Sondaje Nasogástrico (SNG):

El sondaje nasogástrico es una técnica bastante habitual en el desarrollo de la práctica enfermera. Es un procedimiento agresivo no exento de complicaciones, algunas de ellas potencialmente graves.

De ahí la importancia del correcto conocimiento por parte de Enfermería tanto

del desarrollo de la técnica como de los posteriores cuidados, que procuren y garanticen la seguridad y calidad de las intervenciones, así como la confortabilidad del paciente.

Indicaciones:

- Descomprimir el estómago por medio de la eliminación de aire o de los contenidos gástricos.
- Instilar líquidos (líquido de lavado, carbón vegetal activado, o alimentación por sonda) en el estómago.
- Para comprobar la correcta colocación de la sonda:

Comprobar la localización de la sonda mediante una radiografía de tórax.

Aspirar los contenidos gástricos con una jeringa.

Colocar el fonendoscopio en el cuadrante superior izquierdo del abdomen (zona epigástrica) e introducir de 20 a 30 ml de aire con la jeringa.

Tipos de sondas:

La sonda nasogástrica es un tubo flexible con un marcador radiopaco, de distintos calibres y diferentes materiales como silicona, poliuretano y polivinilo. Las de silicona y poliuretano son finas y elásticas por lo que son de elección para sondajes de larga duración, mientras que las de polivinilo son más rígidas y de mayor calibre por lo que se suelen usar para aspiración.

Sonda Levin:

Luz única. Para descompresión gástrica y aspiración de contenido. También se puede utilizar para administrar nutrición enteral de manera eventual.

Sonda Salem:

Posee doble luz: una para drenaje y otra más pequeña que actúa como ventilación y proporciona flujo de aire para evitar adherencia a la pared gástrica. Mismas indicaciones que sonda Levin.

Sonda Moss:

De tres luces. Tiene un globo que ocluye el píloro y dos luces; una queda en estómago y aspira y la otra se aloja en duodeno, a través de la cual se puede administrar alimentación.

Sonda Entren:

Para alimentación nasogástrica. Diámetro pequeño. Pinzar cuando no se utilice. No conectar a aspiración porque se colapsa.

Sonda Freka:

Para alimentación. Calibre estrecho.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la inserción de las sondas vesicales y nasogástricas son técnicas propias del personal de enfermería es primordial manejarlas adecuadamente.

Además la frecuencia de utilización de ambas sondas esta en aumento, dado al aumento de su uso ya sea diagnostico como de tratamiento.

Por todo lo anterior es necesario formarse tanto en la teoría como en la práctica, de esta manera disminuirémos las complicaciones relacionadas con la inserción y cuidados de enfermería.

Cabe resaltar que también esta aumentando su uso extrahospitalario por lo que la necesidad de formar a pacientes y a cuidadores principales ya es un hecho reconocido.

6 Bibliografía

1. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. SESCOAM.
2. Protocolo de sondaje vesical. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Servicio Andaluz de Salud. Guzmán-Valdivia Gómez, Gilberto, & Arellano-Lomelí, Shantalle Maribell. (2016). Bosquejo histórico de los drenajes en cirugía y sus autores. *Cirujano general*, 38(1), 35-40. Epub 20 de febrero de 2020.
3. Galarreta Aperte, S., & Martín Gracia, C. (2018). *Enferpedia: Técnicas y procedimientos de Enfermería*. Editorial Médica Panamericana.
4. Wein, A. J., Kavoussi, L. R., & Campbell, M. F. (Eds.). (2012). *Campbell-walsh urology: Editor-in-chief, alan j. Wein; [editors, louis r. Kavoussi ... Et al.]* (10th ed). Elsevier Saunders.
5. Añaños EC, Romero AD. Inserción de sondaje vesical temporal o permanente en la mujer. *Cuidados de enfermería. Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2022];1(8):2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7653025>.

Capítulo 52

LA ENFERMERA EN LA SALA DE OPERACIONES DEL MEDIO HOSPITALARIO

THALÍA TORRUBIA FRÍAS

1 Introducción

Un quirófano es una sala ubicada en sanatorios, hospitales o centros de atención médica que está especialmente equipada para realizar cirugías a los pacientes que las necesitan. De igual forma, en el quirófano se pueden realizar otras actividades afines, como anestesia, maniobras de reanimación, entre otras, para luego realizar las intervenciones.

Para que el cirujano y su equipo de ayudantes realicen las mejores cirugías posibles, el quirófano debe estar equipado con una amplia gama de equipos:

La altura, la inclinación y la dirección de la mesa de operaciones colocada en el centro de la sala de operaciones se pueden ajustar.

La lámpara de quirófano en la mesa es ajustable, proporcionando una iluminación brillante y sin sombras durante la cirugía. La máquina de anestesia se coloca encima de la mesa de operaciones. Esta máquina contiene tubos adheridos al paciente para ayudarlo a respirar durante la cirugía y sistemas de monitoreo para controlar la mezcla de gases en el circuito de aire respirable. El carro de anestesia se encuentra al lado de la máquina de anestesia. Contiene medicamentos, equipos y otros elementos que utiliza un anestesiólogo. Los instrumentos quirúrgicos estériles utilizados durante la cirugía se colocan sobre una mesa de acero inoxidable.

2 Objetivos

El objetivo principal de este proyecto o trabajo de investigación, es saber cuáles son las funciones de la enfermera en la sala de operaciones.

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

Con respecto a los requisitos y condiciones en que la sala de operaciones debe estar lo suficientemente de acuerdo con su misión:

Debe ser espacio cerrado.

Debe colocarse en un lugar independiente relacionado con el resto.

El comercio de todos debe ser al menos, y no está permitido llegar a los pacientes, y los grupos multidisciplinarios a menudo trabajan en cirugía: cirujano, médico narcótico, médico x -rayos, médico digestivo, enfermera quirúrgica, asistente de enfermería, cámara, cirugía.

La limpieza y la absorción para lograr un grado de contaminación no es otro pecado que no sea la sala de operaciones y las habitaciones vecinas que se han adjunto (sala de cambios, oficina). Esto se hace limitando el acceso de las personas a lo que se requiere; Construir pisos, paredes y herramientas del departamento operativo con materiales y conceptos que son fáciles de limpiar; Limpiar profundamente y esterilizar varias veces al día y mover los desechos.

El quirófano debe ocupar una ubicación central debido a la evidente necesidad de estar en estrecha proximidad con las instalaciones u hospitales específicos de recepción, así como con los servicios médicos técnicos, y esto debe guiar la construcción de un nuevo hospital. En el caso de reestructurar o construir una nueva estación operativa dentro de una estructura arquitectónica antigua, es necesario mencionar las dificultades arquitectónicas asociadas a la existencia de estos edificios, especialmente en lo que respecta al manejo del aire y el movimiento de materiales y personas.

Algunas de las funciones del personal de enfermería en la sala de operaciones pueden ser:

Las funciones del equipo médico en quirófano (circulador, filtro y auxiliar) son relevantes porque aseguran la esterilidad técnica y la seguridad del paciente, mantienen la coordinación entre el equipo quirúrgico y crean una conexión entre el quirófano y el resto del hospital, servicios, cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro trabajo principal cuando un paciente ingresa al quirófano es brindarle toda la atención, el cuidado y el apoyo que necesita durante la cirugía y durante las primeras horas de recuperación.

El instrumental quirúrgico es un conjunto de todos los instrumentos médicos que posibilitan el desarrollo de intervenciones. Estas herramientas se están desarrollando, facilitando el trabajo en el quirófano y asegurando el bienestar del paciente.

También es de gran importancia la presencia del personal de enfermería, debido a que colaboran con el demás personal sanitario en la sala de operaciones a la hora de la realización de una intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 53

USO DEL DISPOSITIVO BUZZY EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

BELÉN PALOMO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La realización de determinados procedimientos como la extracción de analíticas, canalización de vías periféricas y administración de tratamientos por vía subcutánea constituyen una de las principales fuentes de dolor en población pediátrica. Sentimientos de angustia, miedo y ansiedad son frecuentes e incluso pueden persistir hasta edades adultas. Motivo suficiente para la utilización de determinados dispositivos como Buzzy para un manejo adecuado del dolor y sus complicaciones emocionales.

Bajo el proyecto “Botiquín de Colores” surge Buzzy, un dispositivo cuyo objetivo principal es bloquear el dolor de los pinchazos mediante la combinación de frío local en la zona y una potente vibración. Su diseño en forma de abeja ayuda a que el niño lo perciba de la manera más amable y relajada posible. Adicionalmente, incorpora una ranura para la colocación de dibujos animados como medio vital de distracción¹.

Actualmente, la aplicación de vibración es considerada una nueva estrategia analgésica para aliviar la sensación de dolor. A través de la estimulación de los receptores táctiles y de la vibración se consigue disminuir el estímulo doloroso a nivel de la médula espinal. Es más, una editorial del Lancet concluyó que el tratamiento del dolor por vibración es “sencillo, seguro y efectivo”².

La evidencia existente sobre la eficacia analgésica del uso de Buzzy en intervenciones dolorosas de corta duración es amplia y su uso es avalado tanto en ámbito hospitalario como atención primaria.

2 Objetivos

- Determinar la evidencia científica existente sobre el uso del dispositivo Buzzy en la población pediátrica.
- Describir el procedimiento de aplicación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica actual. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed seleccionando una serie de artículos procedente de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La evidencia de la eficacia analgésica del uso del Buzzy se basan en una serie de estudios que a continuación vamos a ir detallando.

Ballard et al., examinaron la efectividad del dispositivo Buzzy en 1138 niños con edades comprendidas entre 3 y 18 años. Compararon el dispositivo con uno sin tratamiento obteniendo una reducción del dolor estadísticamente significativa durante el procedimiento de autoinforme (diferencia de medias estandarizada [DME]: -1,11; intervalo de confianza [IC] del 95%: -1,52 a -0,70; $P < 0,0001$), durante el procedimiento informado por los padres (DME: -0,94; IC del 95%: -1,62 a -0,27; $P = 0,006$), durante el procedimiento informado por el observador (DME: -1,19; IC del 95%: -1,90 a -0,47; $P = 0,001$) y reducción de la ansiedad informada por el observador (DME -1,37; IC del 95%: -1,77 a -0,96; $P < 0,00001$) y por los padres (DME -1,36; IC del 95%: -2,11 a -0,61; $P = 0,0004$)³. En la misma línea, Susam et al., trataron de comprobar la efectividad del mismo. Participaron 64 niños de 3 a 10 años sometidos a venopunción. De ellos, 34 fueron asignados aleatoriamente al grupo The Buzzy con tarjetas de distracción (grupo experimental) y 30 al grupo de "guantes mágicos" (grupo de control). La percepción del dolor se midió a través de la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala de Wong-Baker (WBS) y la Escala de Calificación Numérica (NRS). El grupo experimental mostró niveles de dolor significativamente más bajos ($p = 0.039$; IC 95%: -2,11; -0,06) (media = $3,65 \pm 2,01$; mediana = 3), en comparación con el grupo de control (media: $4,67 \pm 2,14$, mediana = 4). El sistema Buzzy combinado con tarjetas de distracción mostró una

mayor reducción del dolor percibido que la técnica del "guante mágico". Este estudio subraya la importancia de la participación activa de los cuidadores durante los procedimientos de dolor en los niños. Las enfermeras pediátricas tienen un papel importante en capacitar a los niños y a los cuidadores para que sean interactivos durante las venopunciones⁴.

Erdogan et al., determinaron el efecto de las tarjetas de distracción, la realidad virtual y los métodos Buzzy sobre el dolor y la ansiedad por punción venosa en niños de 7 a 12 años. El grupo experimental estuvo formado por 108 niños divididos en tres grupos: tarjetas de distracción (DC; n = 35), realidad virtual (VR; n = 37) y Buzzy® (n = 36). El grupo de control (n = 34) no recibió ninguna intervención durante la venopunción. Los datos se recolectaron utilizando un formulario de características descriptivas y la Escala Visual Analógica (VAS), Wong-Baker FACES y Children's Fear Scale (CFS). El grupo Buzzy tuvo el puntaje VAS medio más bajo (2.2 ± 2.0), seguido por los grupos VR (2.7 ± 2.8), DC (3.4 ± 2.4) y control (5.2 ± 2.8) ($p < 0.05$). Según todos los evaluadores (niño, padre e investigador), el grupo Buzzy tuvo el puntaje promedio más bajo de Wong Baker FACES, seguido por los grupos VR, DC y control ($p < 0.05$). También, el grupo Buzzy tuvo el puntaje CFS promedio más bajo, seguido por los grupos VR, DC y control ($p < 0.05$)⁵.

Redfern et al., examinaron la efectividad del dispositivo Buzzy (estimulación termomecánica) en comparación con un grupo de control al que no se le hizo ninguna intervención durante la inmunización de rutina de 50 niños entre 3 y 18 años. Las puntuaciones medias de dolor informadas por los niños fueron significativamente más bajas en el grupo que recibió estimulación termomecánica en comparación con el control (3,56 frente a 5,92, $p = 0,015$). Sin embargo, la estimulación termomecánica no afectó a la ansiedad previa al procedimiento⁶.

Con respecto al procedimiento de aplicación de Buzzy, destacar que previamente deberemos congelar las alas de gel diez minutos con el objetivo de un mejor resultado en el alivio del dolor. Deben estar completamente congeladas para evitar la absorción de vibraciones. A continuación, acoplaremos las alas a la parte inferior de la unidad y la colocaremos sobre la zona a pinchar con la ayuda de una correa de confort que permite su agarre. Lo mantendremos en la zona durante 20 y 30 segundo desplazándola ligeramente hacia arriba o abajo liberando la zona donde se va a pinchar. Una vez en la nueva zona mantener la vibración activa y realizar el pinchado con normalidad.

Utilizar únicamente en piel limpia. Las rayas de Buzzy o la base más ancha deben colocarse en la parte más cercana al procedimiento, por lo que la cabeza se colocará apuntando hacia el otro extremo, es decir, en la parte más lejana¹.

Para obtener mejores resultados es recomendable dejar que ellos mismos lo su-

jeten ya que esto hace que se familiaricen.

Para vacunas colocaremos Buzzy en la zona de la inyección sin moverlo de lugar: 15 segundos para inyecciones superficiales, 60 segundos para inyecciones más profundas. Justo antes de realizar la limpieza de la zona, alejaremos a Buzzy de la zona de inyección y deslízaremos verticalmente hacia su cabeza, manteniéndolo lo más cercano posible a la zona de inyección. Para inyecciones en el estómago colocaremos a Buzzy de manera lateral a la inyección (ej.: la zona de inyección debe estar entre el ombligo y Buzzy).

Para accesos intravenosos, activaremos la vibración de Buzzy y lo colocaremos justo arriba de la zona de acceso. Presionaremos o sujetaremos con el torniquete, justo antes de realizar la limpieza de la zona y la obtención del acceso. Nunca colocarlo directamente en el sitio de acceso.

Todos los accesorios deben limpiarse y desinfectarse con las toallitas desinfectantes ya que es un dispositivo reutilizable. No esterilizar ni sumergir en líquido. Guardar el dispositivo en un lugar fresco y seco. El gel en el interior de las alas es un producto no tóxico y puede deteriorarse si no se almacena correctamente.

5 Discusión-Conclusión

El uso del dispositivo buzzy ha resultado ser eficaz en las diferentes técnicas de venopunción en la población pediátrica. La incorporación del juego y su diseño permiten que los pacientes en edad infantil puedan vivir la experiencia lo más positiva posible. Aún así, los profesionales sanitarios, en especial los enfermeros, se encuentran con el desafío de estar lo suficientemente entrenados y formados en la manipulación del mismo. Al igual que en la elaboración de un protocolo que establezca criterios e indicaciones de su uso. Priorizar en el control y alivio del dolor serán objetivos a conseguir en nuestra práctica habitual.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 54

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUIROFANO

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

1 Introducción

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una prioridad a nivel mundial. Se estima que entre el 40-60 % de los efectos adversos en salud son prevenibles, gran parte de ellos está relacionado con el procedimiento quirúrgico. Así comenzó una iniciativa llevada a cabo por la OMS en 2004, y fue crear una Alianza Mundial para la seguridad del paciente la cual debería de formular y crear políticas con prácticas seguras para el paciente. Fue en 2008 cuando surge el objetivo La cirugía segura salva vidas, que como su nombre dice su objetivo

fundamental es reducir los riesgos que se asocian al procedimiento quirúrgico. Se estudiaron cuatro áreas en las cuales se podría mejorar la atención y las cuales aportarían mayor seguridad al paciente. Estas fueron la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. Su finalidad es promover la seguridad del paciente disminuyendo los riesgos derivados de las prácticas quirúrgicas. Se creó así el listado de verificación quirúrgica o también llamado check list, una herramienta que nos ayuda a disminuir la incidencia de los errores cometidos en quirófano mediante unas preguntas que deben ser contestadas por todo el equipo quirúrgico.

2 Objetivos

- Presentar el listado de verificación quirúrgica creado por la OMS como una herramienta para prevenir efectos adversos no deseados derivados de un procedimiento quirúrgico.
- Garantizar unos cuidados enfermeros que aumentan la seguridad del paciente en el quirófano.

3 Metodología

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a una revisión sistemática sobre la materia. Las bases de datos consultadas fueron Scielo, Pubmed, Cochrane plus, así como Google académico. los descriptores utilizados fueron lista de verificación quirúrgica, enfermera quirófano, seguridad del paciente. Se aplicó un filtro de idioma, aceptando trabajos en castellano e inglés y periodo temporal de los últimos 20 años, encontrando muchos trabajos tras la búsqueda y seleccionando una serie de ellos para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Con la llegada de la lista de verificación quirúrgica proporcionamos una mayor seguridad a los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas durante todo el proceso, es decir en su fase preoperatoria, intraoperatoria y postquirúrgica.

La lista de verificación quirúrgica o check list, debe ser un trabajo en equipo, común para todas las cirugías. Está basada en la evidencia y gracias a este listado

se ha demostrado su eficacia ya que consigue evitar ciertos eventos adversos derivados de la práctica quirúrgica, por lo que promueve las técnicas de seguridad que requieren todos los pacientes en el ámbito quirúrgico.

Es así como su uso esta delimitado en tres áreas:

A la entrada del paciente en el quirófano, antes de la inducción de la anestesia, se ha de confirmar la identidad del paciente, así como el lugar anatómico de la cirugía y el procedimiento que se va a realizar, comprobaremos también los consentimientos. Revisaremos si el paciente tiene alergias, si está en ayunas y confirmaremos junto con el anestesta si hay dificultades en el acceso a la vía aérea, así como el riesgo de hemorragia y confirmación de hemoderivados en el banco de sangre por si fuese necesario. Veremos si se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede).

Antes de la incisión de la piel el equipo quirúrgico deberá confirmar en voz alta la identidad del paciente, cirugía que se va a realizar, sitio quirúrgico, revisaran los puntos fundamentales del procedimiento citados en el listado de verificación quirúrgica, si se administrada profilaxis antibiótica y si pueden visualizarse estudios de imagen esenciales para la cirugía

En la tercera fase que es antes del cierre de la piel y previo a la salida del paciente del quirófano, se confirmará el procedimiento realizado, el recuento de instrumental y gasas o compresas, así como etiquetar todas las muestras biológicas obtenidas de la cirugía. Deberá de revisarse si ha habido algún problema durante la cirugía con los equipos o el instrumental para que puedan resolverse. Se confirmará unidad donde el paciente irá tras la cirugía y método de traslado, así como el estado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad en el quirófano requiere una comunicación efectiva. El uso del listado de verificación quirúrgica (LVQ) o check list, contribuye a que el equipo quirúrgico reduzca una serie de riesgos más frecuentes y evitables que ponen en peligro la vida de paciente, mediante unas medidas de seguridad fáciles de implementar que serán comunes en los distintos quirófanos, con unas sencillas preguntas con las cuales podremos asegurarnos la realización de las acciones clave en el proceso quirúrgico.

El listado de verificación quirúrgica, LVQ, ayuda a hacer las tareas del quirófano de manera correcta para todos los pacientes que pasan por este servicio.

La cifra elevada de eventos adversos en quirófano requiere la implementación de un listado de verificación quirúrgica con el cual disminuyamos una serie de

eventos adversos prevenibles, dicho LVQ o check list ha de realizarse antes del comienzo de la cirugía, antes de la incisión de la piel y antes de que el paciente abandone el quirófano. Hay que entrenar y formar al personal de enfermería para que este listado de verificación quirúrgica, LVQ, se lleve a cabo de manera correcta y no sea una simple cumplimentación más de documentación.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 55

LAS POSICIONES QUIRÚRGICAS Y SU IMPORTANCIA EN EL QUIRÓFANO

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

1 Introducción

Las distintas posiciones quirúrgicas nos ayudan a llegar al sitio específico de la cirugía, por lo tanto, hay que tener claro cómo hacerlas para que éstas sean seguras para el paciente y así prevenir cualquier complicación que venga de un mal posicionamiento. Hay que tener en cuenta la edad, peso y estado general del paciente a la hora de llevarlas a cabo y así mismo tener en cuenta que tenemos que proteger los distintos puntos anatómicos para evitar la pérdida de integridad de la piel, evitar lesiones vasculonerviosas debidas a una compresión inadecuada o prolongada en el tiempo, así como proteger zonas donde ya existen lesiones previas.

La labor enfermera es importante a la hora de la colocación del paciente, ya que tenemos que tener conocimientos sobre anatomía para poder conocer las alteraciones anatómicas y fisiológicas derivadas de la intervención quirúrgica, esto incluye tanto el acto anestésico como el procedimiento quirúrgico y tiempo

de cirugía, y poder saber las consecuencias derivadas de una mala colocación del paciente. Se necesita tener disponibles también recursos materiales para poder ayudar a una buena colocación del paciente, como siliconas almohadilladas, almohadas, rodillos, cinchas.... Todo ello para prevenir compresiones vasculonerviosas y evitar ulceraciones de la piel, así como para evitar caídas.

2 Objetivos

- Evaluar los cuidados de enfermería llevados a cabo en las posiciones quirúrgicas de los pacientes sometidos a una intervención.
- Conocer las zonas más críticas que son susceptibles de tener una lesión posterior debido al mal posicionamiento.

3 Metodología

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a una revisión sistemática sobre la materia. Las bases de datos consultadas fueron Scielo, Pubmed, Cochrane plus, así como Google académico. Los descriptores utilizados fueron posición quirúrgica, enfermera quirófano, cuidados de enfermería. Se aplicó un filtro de idioma, aceptando trabajos en castellano e inglés y periodo temporal de los últimos 20 años, encontrando muchos trabajos tras la búsqueda y seleccionando una serie de ellos para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica al conocer las múltiples posiciones quirúrgicas, identificamos una serie de puntos de apoyo o zonas donde puede haber compromiso vasculonervioso o riesgo de úlcera por presión en cada una de las distintas posiciones, debemos de ser capaces de conocer y colocar los distintos dispositivos para evitar las posibles complicaciones derivadas de una mala colocación del paciente. Durante la anestesia se utilizan fármacos analgésicos y relajantes musculares quedando nuestro cuerpo más susceptible a lesiones al no poder decirlo el propio paciente. Es importante una evaluación individualizada de los factores de riesgo de cada paciente asociados a edad, peso, estado general previo. La edad influye tanto por el estado de la piel, como la inmovilidad y puede afectar no solo por lesiones en piel, sino también por dificultarnos a la hora de la colocación del cuerpo en la mesa quirúrgica. El peso nos afecta tanto si es bajo peso, en el cual

las prominencias óseas están más expuestas y necesitan más almohadillado, así como el sobrepeso que puede potenciar las posibles complicaciones derivadas del posicionamiento. El estado general previo del paciente, como la existencia de enfermedades previas, vasculares, cardíacas... pueden favorecer la aparición de las complicaciones.

El tiempo de intervención también es importante ya que puede verse afectada la oxigenación de los tejidos por un apoyo prolongado, lo que ayuda a la formación de las úlceras por presión.

El paciente puede sufrir entonces desde úlceras por presión, dolor músculo esquelético, daños en nervios periféricos, compromiso pulmonar, vascular.... Los cuales debemos minimizar con un acorde posicionamiento corporal, utilizando los dispositivos adecuados en cada posición quirúrgica, para que la cirugía consiga su objetivo sin un daño asociado a su colocación. Debemos reducir fricción, almohadillado de zonas con prominencias óseas, respetar la alineación corporal lo más anatómica posible, apoyo en huecos como axilas o hueco poplíteo y realizar el desplazamiento y colocación del paciente con el número adecuado de profesionales.

A continuación, describiremos de manera breve los puntos a proteger en las posiciones quirúrgicas más habituales:

- Posición decúbito supino deberemos tener alineación de cabeza con el tronco, brazos extendidos sobre apoyabrazos en un ángulo que no supere los 90 grados para no producir lesiones, los miembros inferiores extendidos y paralelos con almohadillado en talón para que quede este al aire.
- Posición de prono es de las más complicadas y menos fisiológicas, la cara puede ir ladeada, la cual tendremos especial atención en que el ojo del lado que apoya quede libre, o puede ir en un reposacabezas en forma de herradura, hay que tener especial cuidado con la vía aérea y el tubo endotraqueal. Los brazos irán en apoyabrazos a la altura de la cabeza con protección de los codos. Se colocará un trineo que permita que la cavidad torácica y abdominal no estén presionadas, o en su defecto un rollo lo suficientemente grueso a nivel de las axilas bajo el tórax y otro a nivel de las crestas ilíacas. Rodillo a la altura de los pies para evitar presiones en los mismos y mantener los genitales y las mamas libres.
- Posición lateral o de Sims, mantener el alineamiento de la columna vertebral, apoyo bajo la cabeza, rollo bajo axilas y zona mamaria, las extremidades inferiores quedan superpuestas con almohada entre ellas, dejando la pierna inferior extendida y la superior con ligera flexión. Cinchas sobre cresta ilíaca y tobillos para prevenir caídas.
- Posición de Litotomía: cabeza alineada con el tronco, brazos en apoyabrazos

en un ángulo máximo de noventa grados, la elevación de las piernas se hará mediante perneras con una elevación y abducción de cadera al mínimo y el menor tiempo posible.

- Posición de fowler: paciente en posición supina con el tronco incorporado, las rodillas ligeramente flexionadas buscando la posición más anatómica posible, brazos en apoyabrazos y cabeza sobre apoyo, rodillo bajo rodillas y taloneras.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería debe conocer las distintas posiciones quirúrgicas para los procedimientos quirúrgicos. No solo son importantes para poder acceder al sitio quirúrgico que se quiere operar, sino también para evitar daños producidos por una colocación deficiente, por lo tanto, todo el personal sanitario debe prestar atención a este punto de la cirugía. Hay que conocer los recursos materiales disponibles y su correcta utilización en las posiciones quirúrgicas. Una mala colocación del paciente puede provocar lesiones como úlceras por presión, lesiones musculo esqueléticas, lesiones por compromiso vascular o nervioso.

Es fundamental un trabajo en equipo para el manejo del paciente y poder llevar a cabo la cirugía de la manera más segura posible para el paciente. Para esto también hay que evaluar las necesidades de cada paciente, ya que los factores que entran en juego no son iguales en todos los pacientes, hablamos de la edad, peso, estado general del paciente previo como estado nutricional, estado de la piel o movilidad, ya que habrá que adaptar a cada paciente a los dispositivos disponibles y acordes para cada tipo de cirugía.

Debemos de respetar la alineación corporal, proteger zonas con prominencias óseas, reducir la fricción y la presión, todo esto teniendo en cuenta el tiempo quirúrgico que va desde el tipo de anestesia hasta la duración de la intervención. El correcto posicionamiento del paciente con los dispositivos adecuados y una buena monitorización, nos ayudan a la prevención de este tipo de complicaciones derivadas de una colocación deficiente, lesiones que podrían no solo ser temporales sino cronificarse y dar lugar a serios problemas en el paciente. Por lo tanto, la labor de enfermería es de vital importancia no solo en aplicar los conocimientos para evitar estos posibles daños sino para realizar los cuidados necesarios con los medios adecuados para cumplir el objetivo de llevar a cabo la cirugía con la mayor seguridad.

6 Bibliografía

1. Jiménez P. S, Antón, P. M. J., Manzano, T. S. Posiciones quirúrgicas: Cuidados de enfermería y prevención de complicaciones. Rev. Nure Investigación nº5 [Internet]. Mayo 2004. [acceso en: 07*junio-2022] Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/155/141>.
2. Lopes, C.M.M, Galvão, C.M. Posicionamiento quirúrgico: evidencias para el cuidado de enfermería. Rev. Latino Am. Enfermagem [Internet]. Mar.-abr. 2010 [acceso en: 05-junio-2022]; 18(2): [08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_21.pdf.
3. Cantillo, E. V. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Rev. Científica Salud Uninorte [Internet]. Febrero 2007, 23(1), 112-9 [acceso en: 05-Junio-2022]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714>.

Capítulo 56

FRACTURAS PERIIMPLANTE DEL FEMÚR EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR

VANESA FRIERA DE LA RUBIA

1 Introducción

Las fracturas periimplantes son aquellas que suceden con un implante o una parte de él, alrededor del mismo o en su proximidad. Pueden ser el resultado de un traumatismo, pero también consecuencia de osteolisis, hueso patológico, fatiga, desgaste o sobrecarga. El trauma puede ocurrir intraoperatoriamente, durante la inserción del material, o más frecuentemente en el postoperatorio.

Definimos como fracturas periprotésicas a aquellas que implican a una prótesis primaria o una prótesis de recambio; son las que se producen en el segmento libre de fémur entre una prótesis de cadera y otra de rodilla.

En el adulto mayor, estas fracturas son el resultado de un trauma menor a menudo suponen una morbi-mortalidad elevada y una discapacidad importante. En estos pacientes además de su fragilidad general, los factores locales biológicos y mecánicos son responsables de las fracturas periimplantes.

En cuanto a las fracturas periprotésicas, los excelentes resultados de las prótesis periprotésicas, el incremento de la esperanza de vida y el aumento del número de fracturas tratadas mediante artroplastia han elevado el número de pacientes portadores de prótesis. Al mismo tiempo y también en relación con el aumento de la expectativa de vida, el número de fracturas proximales de fémur tratadas mediante clavos ha crecido de manera exponencial durante la última década.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa las fracturas de periimplante del fémur en el paciente adulto mayor.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Básicamente, el problema diagnóstico consiste en descubrir porque se ha producido la fractura, decidir ante qué tipo de fractura nos encontramos, la estabilidad de los componentes protésicos o el grado de consolidación de la fractura previa si la hubiera, así como prevenir una refractura después de la cirugía de salvamento.

La fractura puede producirse intraoperatoriamente, pero son más frecuentes las que se producen a posteriori. Los pacientes de mayor riesgo son aquellos que sufren caídas frecuentes, luxaciones recidivantes, aflojamiento de su prótesis o falta de consolidación de su fractura previa.

Una vez se confirma la fractura por imagen, en el caso de la fractura periprotésica la cuestión más importante es valorar la estabilidad de los componentes protésicos, pues la respuesta nos indicara si la fijación de la fractura es suficiente o será necesaria una cirugía de recambio protésico.

Una historia de dolor insidioso a nivel del muslo previo a la fractura suele indicar una prótesis inestable o una pseudoartrosis; retardando la consolidación.

Casi la mitad de los pacientes no refieren historia clara de traumatismo previo, pero si hay historia de dolor en el muslo y/o la radiografía muestra signos de osteólisis o pseudoartrosis, hay que considerar 3 factores claves antes de realizar la cirugía; presencia de infección, identificar el material que debe ser retirado y stock óseo.

La estimación de la preoperatoria en la radiografía no es válida, en cambio la densitometría es altamente sensible para predecir el fallo de una prótesis en base en base a la calidad del hueso subyacente. Las zonas de osteólisis o las corticales muy

adelgazadas deben alertar sobre la necesidad de aloinjertos y/o sustitutivos óseos o implantes de tallas grandes. Las radiografías (AP y lateral) permiten obtener la información básica en cuanto a la localización y configuración de la fractura. También puede detectarse zonas de osteolisis, de stress previo, hundimientos del vástago y grado de consolidación de la fractura previa.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de las fracturas periimplante continua en aumento. Si bien las fracturas periprotésicas no son una complicación en exceso frecuentes de las prótesis primarias ni de los enclavados por fracturas, el incremento de la expectativa vital y el nivel de actividad cada vez mas demandante en pacientes cada vez mas longevos eleva su probabilidad. Así mismo las cirugías de recambio protésico son cada vez mas frecuentes a medida que los paciente viven mas tiempo y esto también conlleva una aumento del riesgo de fractura tanto intra como postoperatoria.

A pesar de todos los avances, este tipo de fractura sigue siendo un desafío para el cirujano por todas las dificultades técnicas que conlleva. La base de todo es una planificación cuidadosa. El imperativo entender la naturaleza de la fractura, estudiar las causas, descartar la infección, valorar la reserva fisiológica del paciente y documentar el tipo y talla de implantes “in situ”.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 57

ENFERMERÍA Y LOS BENEFICIOS DE UTILIZAR CUESTIONARIO CHOYKE EN PACIENTES AMBULATORIOS

LAURA LOPEZ MUÑOZ

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

1 Introducción

Los medios de contraste más habitualmente utilizados en la práctica clínica diaria en resonancia magnética(RM) son los medios de contraste basados en gadolinio (Gd), que es una sustancia paramagnética o ión metálico con electrones no apareados.

En el año 2009 la agencia española de medicamentos y EMEA clasificó el gadolinio en riesgo bajo de provocar fibrosis sistémica nefrogénica. (1)

La fibrosis sistémica nefrogénica (FSN) es un trastorno fibrosante sistémico.

Se produce un aumento de formación de tejido conectivo en la piel y posible afectación sistémica en pacientes con insuficiencia renal grave y que puede ser rápidamente progresiva y fulminante en un 5% de los pacientes. Está fuertemente asociada con la administración de agentes de contraste a base de gadolinio en

pacientes con enfermedad renal sustancial cuando la tasa de filtración glomerular estimada es menor de 30 ml/min/1,73 m², observándose una clara mayoría en pacientes en diálisis. (2)

En la práctica clínica se realiza extracción de sangre antes de la resonancia magnética para determinar la función renal.

El cuestionario de Choyke está diseñado para identificar enfermedad renal en pacientes ambulatorios que no tienen una analítica de función renal reciente en el momento de programación de la RM en centros que administran contraste a base de gadolinio.

Entre los beneficios de este cuestionario están:

- Ahorrar costos, ya que disminuye el número de extracciones de analíticas y el gasto que ellas conlleva.
- Disminuir tiempos de espera, ya que evita la espera de resultados de la analítica en pacientes ambulatorios que acuden a hacerse RM sin tener una analítica reciente.

2 Objetivos

Dar a conocer el cuestionario de Choyke con el fin de evitar realizar analítica previa a RM a pacientes ambulatorios, sin una función renal reciente, que tengan cuestionario negativo.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una revisión y búsqueda bibliográfica de trabajos científicos realizada en el mes de octubre de 2020 en distintas bases de datos científicas como Scielo, Dialnet, y Google Scholar.

También tengo que añadir mi experiencia profesional como enfermera de servicio de radiología.

Palabras clave: Cuestionario Choyke, RM, gadolinio, pacientes, pacientes ambulatorios, FSN, función renal, creatinina sérica tasa filtrado glomerular

4 Resultados

Choyke descubrió que cuando todas las respuestas a una encuesta de seis preguntas sobre antecedentes de enfermedad renal, cirugía renal, proteinuria, diabetes, hipertensión o gota, en lo sucesivo denominado cuestionario Choyke, fueron

”No”, el 94% de los pacientes tenían una creatinina sérica normal ($<114 \mu\text{mol} / \text{L}$ para las mujeres, $123 \mu\text{mol} / \text{L}$ para los hombres) y el 99% de los pacientes tenían niveles de creatinina inferiores a $150 \mu\text{mol} / \text{L}$.

En el estudio original solo se incluyeron aquellos pacientes ambulatorios con niveles de creatinina determinados a partir de muestras de sangre obtenidas ≤ 30 días antes del estudio de resonancia magnética. Sobre la base de la concentración de creatinina sérica del paciente, se calculó la tasa de filtrado glomerular (TFG) mediante la ecuación de Modificación de la dieta en la enfermedad renal.

De las 1.086 personas que participaban en el estudio, 757 pacientes tenían un resultado de creatinina y TFG disponibles dentro del período de tiempo designado. De estos 757 pacientes restantes, 665 (87,8%) habían completado los cuestionarios disponibles en ambos momentos, formando la cohorte para este estudio.

El resultado primario a evaluar fue la prevalencia de insuficiencia renal significativa preexistente (identificada con una TFG calculada de $<30 \text{ ml} / \text{min} / 1,73 \text{ m}^2$ derivada de los análisis de creatinina sérica), en los grupos dicotomizados según los resultados del cuestionario Choyke. Se realizó un análisis que incluye sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para los datos obtenidos en cada punto de tiempo por separado.

Siete de 665 (1%) fueron designados como pacientes en riesgo sobre la base de una TFG $<30 \text{ ml} / \text{min} / 1,73 \text{ m}^2$ y los siete fueron capturados en el Subgrupo “Cualquiera Sí”; no se encontraron individuos en riesgo entre el subgrupo No a todos. En consecuencia, 658 del total 665 (98,9%) podrían considerarse como sin riesgo (TFG $\geq 30 \text{ ml} / \text{min} / 1,73 \text{ m}^2$).

Se demostró que esas seis preguntas tienen el valor predictivo más fuerte para un nivel elevado de creatinina y, en última instancia, forman el cuestionario Choyke sobre la base de una capacidad mejorada para reducir la necesidad de determinaciones de creatinina sérica.

El cuestionario lo forman las siguientes preguntas:

- ¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas renales?
- ¿Le han dicho alguna vez que tiene proteínas en la orina?
- ¿Tiene la presión arterial alta?
- ¿Tiene diabetes mellitus?
- ¿Tiene gota?
- ¿Alguna vez ha tenido una cirugía de riñón?

Los pacientes ambulatorios que dan positivo en la prueba, es decir, tienen un resultado afirmativo en cualquiera de las preguntas, se someten a una evaluación adicional de la creatinina sérica, luego precisan realizarse una analítica de función renal previamente a la realización de la RM.

Los pacientes con todas las respuestas negativas se consideran negativos y no reciben análisis de sangre posteriores.

En el trabajo original, el cuestionario Choyke redujo el número de pacientes que necesitaban una muestra de sangre en un 67% antes de la administración de agentes de contraste.

El cuestionario Choyke estratifica eficazmente a los pacientes en cuanto al riesgo de FSN antes de la resonancia magnética con gadolinio, lo que ofrece ahorros potenciales de costos y atención optimizada.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro centro hemos dado al cuestionario el nombre de “Cuestionario de Choyke modificado”, ya que a esas seis preguntas hemos añadido una más: ¿Está usted recibiendo diálisis?

Es la enfermera del servicio de radiología la que previamente a citar al paciente para la realización de una RM que vaya a necesitar o pueda necesitar la administración de contraste, accede a historia clínica y mira si tiene una analítica de función renal de al menos un año de antigüedad.

Si no tiene revisa sus antecedentes y si carece de enfermedad renal, cirugía renal, proteinuria, diabetes, hipertensión o gota llama por teléfono al paciente para realizar el cuestionario y así saber si va a precisar ser citado una hora antes para la realización de una analítica previa o no.

6 Bibliografía

1. <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.09.3803>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 58

ENFERMERIA Y EL ÍNDICE TOBILLO/BRAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

LAURA LOPEZ MUÑOZ

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

1 Introducción

La enfermedad arterial periférica (EAP) de las piernas afecta a un 13% de las personas de 50 años de edad. A veces es "silenciosa" y los pacientes no son conscientes de la misma, aunque puede causar dolor en las piernas, especialmente al caminar. En la EAP, los depósitos grasos (aterosclerosis) y los coágulos sanguíneos causan estrechamiento y bloqueo en las arterias. Este trastorno da lugar a un flujo sanguíneo deficiente a los músculos durante el ejercicio, lo cual causa el síntoma clásico del dolor muscular al caminar que desaparece después del descanso (claudicación intermitente).

En los casos graves de EAP, pueden presentarse síntomas de dolor al descansar, ulceración y gangrena que, si no se tratan, pueden resultar en la amputación

del miembro inferior. Los pacientes con EAP también se encuentran en mayor peligro de enfermedades cardiovasculares y accidente cerebrovascular.

El índice tobillo/brazo (ITB) es una prueba que se usa para facilitar el diagnóstico de la EAP. Esta prueba utiliza un dispositivo para medir la presión arterial con un manguito inflable; se toman mediciones de la presión arterial en la parte superior del brazo y el tobillo. El equipo puede ser manual o digital con cálculo electrónico automático de la presión arterial. El ITB es utilizado ampliamente para la evaluación de la EAP por profesionales de enfermería especialistas, médicos, cirujanos y podólogos que trabajan en los hospitales.

La división de la presión arterial registrada en el tobillo por la registrada en el brazo produce un cociente. Los cocientes de 0,90 a 1,30 se consideran normales para los adultos, y los cocientes menores que 0,8 indican la presencia de EAP. Las lecturas inferiores ($< 0,7$) sugieren que la enfermedad es grave y los pacientes podrían desarrollar úlceras y gangrena

2 Objetivos

- Detectar de forma precoz la EAP en la consulta de enfermería mediante la realización de ITB.
- Adquirir las habilidades necesarias para realizar la técnica de ITB y su interpretación.

3 Caso clínico

Paciente de 80 años con los siguientes antecedentes:

- Obesidad. (índice de masa corporal 30).
- Hipertensión arterial sistólica de larga evolución, control subóptimo.
- Dislipemia, diabetes mellitus con antidiabéticos orales sin retinopatía diabética.
- Adenocarcinoma de colon: hemicolectomía izquierda, anastomosis TT y apendicectomía e con múltiples complicaciones. Recibió quimioterapia complementaria. Dado de alta tras 10 años.
- Estenosis de canal cervical y lumbar: ingresado por mioclonias secundarias a mielopatía C4-C5 por atrapamiento medular, polineuropatía sensitivo motora mixta tóxica metabólica y descompensación diabética esteroidea, no susceptible de neurocirugía por alto riesgo quirúrgico.
- ERC grado 3bA2 por a probable NAE/ND estable. Medicación previa: Adiro 100 mg, Alopurinol 100 mg, Amlodipino 10 mg, Anagastra 20 mg, Galvus 50 mg, Dilutol 5 mg, Omacor, Ramipril 2,5 mg, Simvastatina 40.

Estando previamente bien, el paciente comienza con dolor en pierna derecha de aparición brusca, durante la deambulaci3n que achaca a problemas mecánicos, ya que cede con el “reposo”. Tras 5 meses de evoluci3n, el paciente acude a consulta al presentar “grieta” en tal3n. Se realiza cura de la citada grieta talar con apósito de espuma. Al d3a siguiente, al levantar la cura, se aprecia una peque1a úlcera de grado 2. Al tercer d3a la úlcera ha aumentado de tama1o de forma llamativa y el pie ha adquirido un color “alargostado” por lo que se remite a su m3dico para valoraci3n.

A la exploraci3n se advierte de pulso pedeo, popliteo y femoral ausentes por lo que su m3dico lo env3a a cirug3a vascular que lo ve una semana despu3s. En la citada consulta se le realiza un ITB (de 0,34) y confirma la inexistencia de pulsos femorales derechos por lo que sugiere cirug3a de revascularizaci3n previo tac de arterias. La tomograf3a axial computerizada (TAC) se realiza con car3cter urgente y se informa como “extensa ateromatosis calcificada difusa y generalizada.

Aorta sin dilataciones aneurismáticas ni úlceras ateroscler3ticas. Ejes iliacos y femoropopliteos permeables. En la extremidad derecha y en relaci3n a la informaci3n cl3nica destacan varias placas densamente calcificadas en arteria femoral com3n y superficial proximal. La salida distal de ambas piernas se realiza a trav3s de arterias tibial posterior y peronea de fino calibre y difusamente calcificadas”. Previo a la realizaci3n de la revascularizaci3n, se realizan curas de la úlcera cada 48 horas con intrasite gel y mepilex apósito, preservando la superficie perilesional con pasta al agua e hidratando el pie con ácidos grasos hiperoxigenados. En los espacios interdigitales se realiza lavado y secado con suero, aplicaci3n de betadine e hidrataci3n con ácidos grasos hiperoxigenados. La evoluci3n de la úlcera es buena en el momento de la revascularizaci3n.

4 Discusi3n-Conclusi3n

Concluimos en que todas ellas son t3cnicas empleadas y complementarias al ITB, y que pueden arrojar datos importantes, ya no solo en el diagn3stico como tal, sino de cara a un posible tratamiento quir3rgico. Una vez que se establece el diagn3stico de la

EAP, el tratamiento incluirá la prescripci3n de tratamiento de prevenci3n secundaria y asesoramiento en cuanto al modo de vida (ejercicio, abandono del h3bito de fumar, r3gimen diet3tico, peso). Para los que presentan deterioro de la calidad de vida, el tratamiento puede incluir tratamiento con ejercicio supervisado, o revascularizaci3n, que com3nmente incluye tratamiento endovascular en lugar de cirug3a

5 Bibliografía

1. Rodríguez-Artalejo F, Banegas B Jr. De la ecuación de Framingham a la prevención cardiovascular. *Med Clin (Barc)*, 121 (2003), pp. 334-6
2. Bisioendial RJ, Hovingh GK, De Groot E, Kastelein JJ, Lansberg PJ, Stroes ES. Measurement of subclinical atherosclerosis: beyond risk factor assessment. *Curr Opin Lipidol*, 13 (2002), pp. 595-603
3. Mostaza JM, Vicente I, Cairols M, Castillo J, Gonzalez-Juanatey JR, Pomar JL, et al. Índice tobillo brazo y riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)*, 121 (2003), pp. 68-73
4. Úlceras.net. Úlceras vasculares:Diagnóstico. [monografía en Internet].2018.[acceso 30 de julio de 2019].
5. Cochrane. Índice tobillo/brazo para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica del miembro inferior.
6. Roque M, García Madrid , Reis ED. Avances en el tratamiento médico y mínimamente invasivo de la isquemia crónica de miembros inferiores. *Med Clin (Barc)* 2003; 120 (1): 24-30.

Capítulo 59

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DAI CON INFECCIÓN DE E. COLI

LAURA LOPEZ MUÑOZ

MARIA TERESA LEDESMA HERANCE

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

SOFIA AYUSO-MORALES MAYORAL

SILVIA PARADA QUIÑONES

1 Introducción

Un desfibrilador automático es un dispositivo electrónico similar a un marcapasos que, además de su capacidad para estimular las cámaras del corazón y "detectar la autoestimulación" (función de marcapasos), también tiene la capacidad de detectar y tratar distintos tipos de taquicardia. Función.

El objetivo de implantar un desfibrilador es controlar el número y la duración de las taquicardias ventriculares y prevenir consecuencias fatales (muerte súbita) en situaciones de taquicardia de alto riesgo. Por lo tanto, es un tratamiento preventivo, pero no un tratamiento definitivo.

A continuación vamos a explicar un caso .

Datos del paciente:

- Nombre: F. D. S.

- Edad: 79 años.
- Sexo: hombre.
- Fecha de nacimiento: 20/06/1938.
- Estado civil: casado.
- Ocupación: jubilado (se encarga del mantenimiento del huerto de su domicilio).
- Domicilio: Calle Pablo Neruda nº 7.
- Localidad: Puertollano. Provincia: Ciudad Real.
- Motivo de ingreso: el paciente sufrió un síncope debido a una parada cardior-respiratoria (PCR), siéndole practicado la RCP por su hijo al encontrarlo al poco tiempo hasta que llegó la ambulancia, donde se le aplicaron los primeros auxilios y fue llevado a las urgencias.
- Diabetes: sí.
- HTA: no.
- Antecedentes familiares: su padre falleció de infarto de miocardio.
- Antecedentes personales: peorado de próstata.
- Alergias: amoxicilina, amlodipino, pantoprazol y paracetamol.
- Tabaco/alcohol/otras drogas: beber alguna copa de vino en las comidas. Dejó de fumar en torno a los 40 años.
- Tratamiento domiciliario: se hace controles de glucemia antes de cada comida y se administra insulina cuando precisa. Afirmo llevar un buen control.
- Problema actual: se ha sometido a la operación de puesta de un DAI y ahora se encuentra en el postoperatorio. Además ha tenido que ser aislado debido a una infección de E. Coli.

2 Objetivos

Describir cómo proporcionar la mejor atención y los mejores cuidados para el paciente tras la puesta del DAI durante el aislamiento por infección de E. Coli.

3 Caso clínico

Valoración:

1. Patrón de percepción-control de la salud: no alterado.
2. Patrón nutricional-metabólico: alterado.

El paciente afirma tener problemas con la ingesta de alimentos debido a que le cuesta realizar la deglución de los mismos y afirma tener el mismo problema con los líquidos. También es diabético desde hace muchos años.

3. Patrón de eliminación: alterado.

El paciente no es capaz de identificar ni controlar las urgencias para defecar. Únicamente tiene este problema con la defecación, ya que con la eliminación no tiene problema alguno.

4. Patrón de actividad-ejercicio: alterado.

El paciente ha permanecido mucho tiempo en reposo, por lo que su masa corporal y su fuerza se ha visto menguada. Además no puede andar con total autonomía, por lo que debe ser ayudado por un familiar o por un profesional sanitario a la hora de desplazarse. También muestra dificultad a la hora de realizar ciertos movimientos como coger una botella de agua.

5. Patrón de descanso-sueño: alterado.

El paciente dice tener sueño y cansancio, pero no puede conciliar el sueño. Además de esto, tras el tiempo que tarda en dormirse afirma despertarse varias veces en la noche por diversas causas y no descansar bien, lo que hace que esté cansado y somnoliento por el día.

6. Patrón perceptivo-cognitivo: no alterado.

7. Patrón de autopercepción: no alterado.

8. Patrón de relaciones-rol: no alterado.

9. Patrón de sexualidad-reproducción: no alterado.

10. Patrón de tolerancia a la situación y al estrés: no alterado.

11. Patrón de valores y creencias: no alterado.

Planificación:

1. Patrón nutricional-metabólico:

- Deterioro de la deglución. (00103)

Definición: funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Características definitorias:

- Atragantamiento antes de la deglución.

- Tos antes de la deglución.

- Náuseas antes de la deglución.

Factores relacionados:

- Deterioro neuromuscular.

NOC:

Estado de deglución. (1010)

Definición: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

Indicadores:

- Mantiene la comida en la boca.

- Producción de saliva.

- Momento del reflejo de la deglución.

Gravemente comprometido (1)-Sustancialmente comprometido (2)-

Moderadamente comprometido (3)-Levemente comprometido (4)-No comprometido (5)

NIC:

Precauciones para evitar la aspiración. (3200)

Definición: prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

- Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos, reflejo de gases y capacidad deglutiva.

- Alimentación en pequeñas cantidades.

- Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

- Riesgo de glucemia inestable. (00179)

Definición: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.

Características definitorias:

- Aporte dietético.

- Monitorización inadecuada de la glucemia.

Factores relacionados:

- Estrés

- Pérdida de peso.

- Nivel de actividad física

NOC:

Nivel de glucemia. (2300)

Definición: Magnitud a la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y en orina dentro del rango normal.

Indicadores:

- Concentración sanguínea de glucosa.

Grave (1)-Sustancial (2)-Moderado (3)-Leve (4)-Ninguno (5)

NIC:

Manejo de la hiperglucemia. (2120)

Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

Actividades:

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

- Administrar insulina, según prescripción.

- Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado.

Patrón de eliminación:

- Diarrea. (00013)

Definición: Eliminación de heces líquidas, no formadas.

Características definitorias:

- Dolor abdominal.
- Calambres.
- Urgencia para defecar.

Factores relacionados:

- Ansiedad.

NOC:

Continencia intestinal. (0500)

Definición: Control de la eliminación de heces procedentes del intestino.

Indicadores:

- Identifica la urgencia para defecar.
- Mantiene el control de la eliminación de heces.

Nunca demostrado (1)- Raramente demostrado (2)-A veces demostrado (3)-

Frecuentemente demostrado (4)-Siempre demostrado (5)

NIC:

Manejo intestinal. (0430)

Definición: Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades:

- Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
- Observar si hay sonidos intestinales.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.

Incontinencia fecal. (00014)

Definición: Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Características definitorias:

- Olor fecal.
- Incapacidad para retrasar la defecación.

Factores relacionados:

- Inmovilidad.

NOC:

Continencia intestinal. (0500)

Definición: Control de la eliminación de heces procedentes del intestino.

Indicadores:

- Identifica la urgencia para defecar.

- Mantiene el control de la eliminación de heces.

Nunca demostrado (1)-Raramente demostrado (2)-A veces demostrado (3)-
Frecuentemente demostrado (4)-Siempre demostrado (5)

NIC:

Manejo intestinal.

Definición: Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de
esquema regular.

Actividades:

- Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
- Observar si hay sonidos intestinales.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.

Patrón de actividad-ejercicio:

- Deterioro de la movilidad física.

Definición: Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo
o de una o más extremidades.

Características definitorias:

- Dificultad para girarse.
- Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas.
- Limitación de la amplitud de movimientos.
- Enlentecimiento del movimiento.

Factores relacionados:

- Deterioro del estado físico.
- Disminución de la fuerza muscular.

NOC:

Ambular.

Definición: Capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con
o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores:

- Soporta el peso.
- Camina con marcha eficaz.
- Camina distancias cortas.

Gravemente comprometido (1)-Sustancialmente comprometido (2)-

Moderadamente comprometido (3)-Levemente comprometido (4)-No compro-
metido (5)

NIC:

Terapia de ejercicios: ambulación.

Definición: Estimulo y asistencia en la deambulacion para mantener o restable-
cer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y

recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades:

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Ayudar al paciente con el traslado cuando sea necesario.

Patrón de descanso-sueño:

- Trastorno de patrón del sueño.

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Características definitorias:

- Cambio en el patrón normal de sueño.
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Insatisfacción con el sueño.
- Informes de haberse despertado.

Factores relacionados:

- Falta de intimidad/control del sueño.

NOC:

Bienestar personal.

Definición: Alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.

Indicadores:

- Realización de las actividades de la vida diaria.
- Capacidad de relax.
- Nivel de felicidad.

No del todo satisfecho (1)-Algo satisfecho (2)-Moderadamente satisfecho (3)-Muy satisfecho (4)-Completamente satisfecho (5)

NIC:

Mejorar el sueño. (1850)

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.

Patrón perceptivo-cognitivo:

- Deterioro de la comunicación verbal.

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Características definitorias:

- Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.

- Mala articulación.

Factores relacionados:

- Alteración de las percepciones.

NOC:

Comunicación. (0902)

Definición: Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.

Indicadores:

- Utiliza el lenguaje hablado.

- Reconoce los mensajes recibidos.

Gravemente comprometido (1)-Sustancialmente comprometido (2)-

Moderadamente comprometido (3)-Levemente comprometido (4)-No comprometido

NIC:

Mejorar la comunicación: déficit auditivo.

Definición: Ayuda en la aceptación de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva.

Actividades:

- Facilitar cita para el examen de la agudeza auditiva, si procede.

- Dar instrucciones sencillas, de una en una.

- Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.

NIC:

Mejorar la comunicación: déficit del habla. (4976)

Definición: Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.

Actividades:

- Escuchar con atención.

- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.

4 Discusión-Conclusión

Evaluación: el paciente consigue realizar una mejor deglución, por lo que ha comenzado a recuperar sus hábitos de alimentación sin problema alguno, aunque sigue sujeto a la insulina en los casos en los que la precise. También se ha conseguido curar la diarrea y la incontinencia fecal, por lo que se le ha retirado el pañal y puede ir al baño a realizar sus necesidades, aunque todavía necesita ayuda para desplazarse a pesar de ir recuperando el tono muscular y la fuerza gracias

a la alimentación. El paciente sigue teniendo problemas a la hora de conciliar el sueño, sin embargo afirma no tener tantos despertares nocturnos como antes. En cuanto al problema auditivo y del habla para la comunicación está visiblemente mejor habiendo mejorado en ambas, especialmente en el habla, ya que en el aspecto auditivo sigue teniendo algunos problemas. Se seguirá controlando su nutrición, así como la glucemia y se continuará trabajando con la deambulación y con el deterioro auditivo al igual que con los despertares nocturnos.

5 Bibliografía

1. Herdman, T. Heather, et al. (ed.). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Elsevier, 2012.
2. Johnson, Marion, et al. (ed.). Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Elsevier, 2002.
3. Moorhead, Sue; Johnson, Marion. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences, 2009.
4. Bulechek, Gloria M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences, 2009.

Capítulo 60

ALTERNATIVAS A LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: PROSTAGLANDINAS E1 VERSUS E2

CORAL LÓPEZ ALFARO

EVA LAOSA RUANO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

TERESA MOLINA CAMBRA

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

La inducción del parto es un procedimiento médico o mecánico que pretende establecer una dinámica uterina óptima y posibilitar así el parto por vía vaginal. La maduración cervical forma parte de la inducción del parto facilitando el ablandamiento, borramiento y dilatación del cuello del útero. La inducción del trabajo de parto es una práctica muy común a nivel mundial cuya incidencia ha aumentado en los últimos años (de un 9,5b% a un 23,2b% entre 1990 y 2009), llegando en nuestro país a unas cifras de entre el 25 y el 30b%.

La inducción del parto está asociada a un mayor número de complicaciones que el parto vaginal espontáneo como corioamnionitis, hiperestimulación uterina, alteraciones del registro cardiotocográfico, atonía uterina, así como también a una mayor posibilidad de que el parto sea por cesárea. Esta técnica también afecta a

la vivencia del proceso de parto para la mujer, siendo más doloroso y menos satisfactorio que el trabajo de parto espontáneo. La inducción del parto no solo tiene repercusiones maternas y fetales, también afecta a la estructura sanitaria ya que supone una sobrecarga asistencial en las salas de parto, así como un incremento de los costes debido al aumento de la tasa de cesáreas.

Indicaciones:

- Embarazo postérmino: la inducción a partir de la semana 41 se asocia a una disminución de la mortalidad perinatal.
- Rotura prematura de membranas a término y pretérmino: la maduración en las primeras 24 horas tras romper la bolsa amniótica presenta mejores resultados que el manejo expectante prolongado más allá de las 24 horas.
- Estados hipertensivos del embarazo: preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP.
- Diabetes mellitus materna.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Embarazo gemelar.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Muerte fetal intraútero: es de elección la vía vaginal en fetos con presentación cefálica y podálica.
- Inducción electiva: procedimiento que se realiza por razones ajenas a motivos clínicos. Existe consenso entre grupo de expertos, los cuales no respaldan la inducción antes de la semana 39 de gestación.

Contraindicaciones:

- Cesárea anterior: es una contraindicación relativa, ya que la inducción del parto con oxitocina y prostaglandinas PGE2 está indicada, no así como misoprostol debido a su elevada tasa de rotura uterina.
- Embarazo tras rotura uterina.
- Embarazo tras incisión uterina transmural con entrada en cavidad uterina.
- Infección activa por herpes.
- Placenta o vasa previa.
- Prolapso de cordón umbilical o procidencia persistente de cordón.
- Situación transversa del feto.
- Cáncer invasivo de cérvix.

Métodos inducción del parto.

1. Métodos farmacológicos:

- Oxitocina: se trata de una hormona que se produce de forma natural y entre otras funciones produce la estimulación de las contracciones uterinas. La vía de administración de los análogos de la oxitocina es la intravenosa, principalmente

cuando el cuello uterino está favorable (Bishop > 6). Se puede utilizar sola, combinada con la rotura artificial de membranas (amniotomía) o tras la maduración cervical. La administración única de oxitocina como método de inducción del parto no se aconseja en mujeres con cérvix desfavorable y/o bolsa íntegra por sus resultados maternos y fetales desfavorables.

- Prostaglandinas: son también unas hormonas producidas endógenamente que participan en el inicio del trabajo de parto madurando el cérvix y provocando contracciones. El resultado es el ablandamiento, el borramiento y la dilatación del cérvix, así como también el incremento de la contractilidad uterina por estimulación de los miocitos uterinos. Desde la década de 1960 se han fabricado de forma artificial análogos de las prostaglandinas (PgE1 o misoprostol, PgE2 o dinoprostona y las prostaglandinas F2 alfa o carboprost, estas últimas actualmente en desuso) principalmente destinados a mujeres con cuello uterino desfavorable con un Bishop <6. A pesar de su extendido uso, las prostaglandinas pueden causar efectos secundarios como náuseas, vómitos, diarrea y taquisistolia. Esta hiperestimulación uterina puede asociarse a sufrimiento fetal y en casos más graves, a rotura uterina especialmente en mujeres con cicatrices uterinas por cirugías o cesáreas previas. Los efectos secundarios son dependientes de la dosis y ocurren con mayor frecuencia en preparados orales que intravaginales.

Prostaglandina E1 (PGE1, misoprostol): se puede administrar oral, vaginal, intracervical y sublingual. El inicio de acción es rápido si se trata de misoprostol oral y un inicio más lento pero con una acción más prolongada si es por vía vaginal. Es eficaz para inducir contracciones y madurar el cuello uterino sobre todo en mujeres con cérvix desfavorable. Se presentan en forma de comprimidos de 25 mcg o 200 mcg, estos últimos usados principalmente en intervenciones ginecológicas. El preparado de 25 mcg se usa cuando la vía es vaginal, mientras que se prefieren dosis de 50 microgramos cuando la vía es oral.

Prostaglandina E2 (PGE2, dinoprostona): se puede administrar oral, vaginal e intracervical. Las prostaglandinas orales poseen efectos gastrointestinales que hacen que actualmente se encuentren en desuso como método inductor de parto. El preparado en gel contiene 0,5 mg de dinoprostona y es apto para su administración intracervical, no está recomendada la aplicación de más de 3 dosis en 24 horas. Para la administración vaginal se usa un dispositivo de liberación prolongada que contiene 10 mg de dinoprostona. Puede permanecer en la vagina hasta 24 horas siendo fácil su extracción, lo que supone una ventaja frente al gel ante posibles casos de taquisistolia o alteraciones en el registro cardiotocográfico.

2. Métodos no farmacológicos:

- Despegamiento de membranas: se trata de una maniobra que se realiza en mu-

jes con cérvix favorable a partir de la semana 40 o cuando se tome la decisión de inducir el parto. Estimula la liberación local de prostaglandinas posibilitando el inicio espontáneo del parto.

- Suplementos de hierbas: preparados de hierbas pertenecientes al género *Caulophyllum* usadas en casos de dinámica uterina irregular.
- Acupuntura.
- Homeopatía.
- Relaciones sexuales: por efecto del semen que contiene prostaglandinas y el orgasmo que produce la liberación endógena de oxitocina.
- Estimulación pezón: aumentando la producción de oxitocina.

3. Métodos mecánicos.

- Amniotomía: se trata de la rotura artificial de las membranas cuando el cuello uterino es favorable. Debido al riesgo de infección este procedimiento no se recomienda en casos de cérvix desfavorable.
- Balón intracervical: se trata de dispositivos entre los que se incluyen varios tipos de catéteres con balones que se introducen en el canal cervical.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las alternativas farmacológicas y no farmacológicas eficaces para inducir el parto.

Objetivos secundarios:

- Conocer la eficacia del uso de las prostaglandinas E1 y E2.
- Identificar el método más efectivo para el abordaje de la inducción al trabajo de parto.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible durante los últimos diez años en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline. Además, se han revisado protocolos, guías de práctica clínica y recomendaciones sobre inducción al parto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). La búsqueda de artículos científicos se hizo según las sigu-

ientes palabras clave: inducción del parto, prostaglandinas, dinoprostona, misoprostol.

4 Resultados

En cuanto a los métodos no farmacológicos para inducir el parto, la evidencia indica que el despegamiento de membranas se asocia a menores tasas de inducción y mayores tasas de parto espontáneo, sobre todo en mujeres multíparas y realizada de forma periódica. Sin embargo, no hay diferencias en cuanto a los resultados perinatales entre realizar esta técnica o no. La evidencia no es suficiente para apoyar los suplementos de hierbas, la acupuntura y la homeopatía como agentes inductores. (1)

La SEGO recomienda la amniotomía cuando el cuello uterino está favorable. En mujeres con cérvix desfavorable, la amniotomía comparada con las PgE2 vaginales se asocia con mayor necesidad de oxitocina.

Los balones cervicales en mujeres con cérvix desfavorable tienen resultados maternos y fetales similares a las prostaglandinas vaginales y menores tasas de hiperestimulación uterina comparado con el misoprostol vaginal. Debido a la menor tasa de rotura uterina asociado a los balones cervicales, los métodos mecánicos son recomendables en inducciones de mujeres con cicatriz de cesárea previa. (1)

En una revisión sistemática, Alfievic et al. concluyeron que cualquier prostaglandina es efectiva frente al placebo como método inductor de parto. Comparando los diferentes tipos y vías de administración de las prostaglandinas, observaron que las PGE1 vaginales son más efectivas que las PGE2 para lograr un parto en las siguientes 24 horas tras la inducción pero con un riesgo aumentado de hiperdinamia uterina.

Young et al. al comparar el uso de misoprostol y la dinoprostona en inducciones al parto, concluyeron que no había diferencia en cuanto a la efectividad en ambos tratamientos. Tampoco encontraron diferencias en los efectos secundarios (trauma perineal, alteraciones en el registro cardiotocográfico) en los diferentes grupos.

En una revisión sistemática, Alfievic et al. observaron que en mujeres con cuello uterino favorable, el misoprostol vaginal, la prostaglandina E2 vaginal y la oxitocina con amniotomía tenían más éxito para lograr parto vaginal en las siguientes 24 horas que el resto de métodos de inducción, pero no encontraron cual era la intervención más costo-efectiva.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios coinciden en que cualquiera de los métodos farmacológicos disponibles actualmente son efectivos como métodos de inducción. Del grupo de alternativas no farmacológicas, el despegamiento de membranas tiene mayor efectividad. Sin embargo, falta evidencia sobre el resto de este grupo que permitan recomendarlos o desaconsejarlos. Algunos estudios remarcen la superioridad de las PGE2 vaginales frente a las PGE1 vaginales debido a su mayor efectividad y menores tasas de hiperestimulación uterina pero no hay suficiente evidencia que lo justifique.

Actualmente no existen estudios que comparen todos los métodos disponibles y permitan establecer cuál es el método más adecuado. Es por esto, que se deben realizar más investigaciones en esta línea que permitan establecer guías y acuerdos para el manejo adecuado de la inducción al parto. Como profesionales sanitarios debemos ofrecer toda la evidencia actualizada y disponible a las mujeres para que puedan participar y tomar sus propias decisiones.

6 Bibliografía

1. Inducción del parto (actualizado julio del 2013). (2015). *Progresos de obstetricia y ginecología* (Internet), 58 (1), 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.002>.
2. Alfirevic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N. J., Dias, S., Jones, L. V., Navaratnam, K., & Caldwell, D. M. (2015). Labour induction with prostaglandins: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ* (Clinical research ed.), 350, h217. <https://doi.org/10.1136/bmj.h217>.
3. Young, D. C., Delaney, T., Armson, B. A., & Fanning, C. (2020). Oral misoprostol, low dose vaginal misoprostol, and vaginal dinoprostone for labor induction: Randomized controlled trial. *PloS one*, 15(1), e0227245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227245>.
4. Alfirevic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N. J., Medley, N., Dias, S., Jones, L. V., Gyte, G., & Caldwell, D. M. (2016). Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health technology assessment* (Winchester, England), 20(65), 1-584. <https://doi.org/10.3310/hta20650>.
5. Mozurkewich, E. L., Chilimigras, J. L., Berman, D. R., Perni, U. C., Romero, V. C., King, V. J., & Keeton, K. L. (2011). Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 11, 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-84>.

6. ACOG Committee on Practice Bulletins Obstetrics ACOG Practice Bulletin No. 107 Induction of labor. *Obstet Gynecol*, 114 (2009), pp. 386. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5>.

Capítulo 61

ENFERMERÍA Y LA COLITIS ULCEROSA EN LA INFANCIA

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

1 Introducción

La colitis ulcerosa es una afección que provoca que el recubrimiento interno del intestino grueso, como es el colón se enrojezca, se inflame y se llene de llagas , conocidas como úlceras. Se trata de una afección crónica.

Los síntomas mas frecuentes son el dolor de vientre y la diarrea, entre otros se incluye sangre, necesidad urgente de defecar, fiebre, falta de energía y pérdida de peso. Otro síntoma que cabe destacar es que en los niños no hay un crecimiento adecuado para su edad y pueden atravesar la pubertad mas tarde de lo normal.

La colitis ulcerosa se trata con medicamentos y, en ocasiones, operando al paciente. EL objetivo principal del tratamiento será aliviar los síntomas, así como prevenir las crisis y otros problemas.

En situaciones extremas hará falta intervención quirúrgica, si se forma agujero en el intestino, si el intestino se ensancha y se inflama en grandes dimensiones

(megacolón tóxico), si hay una hemorragia que no se puede detener o si los síntomas de la enfermedad no responden al tratamiento.

En ocasiones cuando los síntomas se mantienen o se producen complicaciones, la intervención tiene como secuela una ostomía, que lleva consigo a la extirpación completa del colon.

La ostomía es la apertura al exterior que se practica en un órgano hueco, como el intestino, o entre dos de ellas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es indicar los cuidados que se han de llevar a cabo ante un paciente ostomizado.

3 Caso clínico

Niña de 12 años ingresa en la planta de medicina interna del hospital Universitario Central de Asturias.

Presenta una colitis ulcerosa y ha sido intervenida quirúrgicamente para realizar una colostomía temporal terminal.

Antes de la intervención quirúrgica los síntomas que presentaba eran aumento del número de deposiciones diarias (6-8 al día con sangre en todas ellas), malestar general, pérdida de peso en los últimos meses y de apetito. En la analítica se objetiva anemia con una hemoglobina de 9.5 gr/dl, aumento de proteína C reactiva 42 mgr/l y con normalidad el resto de parámetros.

Desde su ingreso, un total de 12 días, la niña evoluciona adecuadamente, la funcionalidad del estoma es correcto y la mucosa tiene buen color, defeca heces semipastosas.

Durante el ingreso hemos realizado diferentes actividades, entre ellas: instruir al paciente y familiares en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía, vigilar la herida quirúrgica (estoma) y tejido circundante con curas diarias de esta, la adaptación al equipo de ostomía, enseñar al paciente sobre la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de evacuación.

Próximamente se le dará el alta médica pero antes de esto se le debe enseñar a la niña junto a su familia todos los cuidados del estoma, que debe realizar. La paciente muestra bastante interés en aprender, pero refiere que no sabe como hacerlo a pesar de que se lo han estado realizando todos los días.

A lo largo de la estancia hospitalaria la paciente en todo momento ha presentado un nivel de conciencia adecuado, orientada en espacio y tiempo, no ha tenido

alteraciones perceptivas (oído, gusto, olfato, vista, táctil) ni deterioro cognitivo. Dolor controlado en todo momento con la analgesia adecuada.

4 Discusión-Conclusión

Enfermería juega un papel fundamental en la educación del paciente ostomizado y en este caso en sus familiares.

Psicológicamente también es importante educar y ayudar a los padres para concienciarlos, siendo competencia totalmente enfermera.

Educación a la paciente:

1. Se le explicara la función del estoma, los distintos tipos de sistema de bolsa, insistiendo en que su bolsa es drenable con una sola pieza.
2. La higiene del estoma: agua, esponja y papel de celulosa suave.
3. La bolsa se vaciara cuando esté llena hasta la mitad.
4. Con cambiar la bolsa una vez al día es suficiente.
5. Se le explica como debe medir el tamaño del estoma.

5 Bibliografía

1. Observatorio metodología enfermera [Página principal de internet] Madrid: fundación para el desarrollo de la enfermería [Acceso 28 de octubre 2021] Patrones funcionales de Majory Gordon. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391*ancla.
2. Biblioteca de la salud "NNN consult "[internet]. Disponible en: <http://0-www.nnn.consult.com.fama.us.es/>.

Capítulo 62

ENFERMERÍA Y LA ICTERICIA NEONATAL

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

1 Introducción

El término “ictericia” proviene de la palabra francesa “jaune”, que significa amarillo. La ictericia neonatal consiste en la coloración amarillenta de la piel, membranas mucosas, esclera ocular y fluidos corporales de los recién nacidos. El factor causante de la ictericia neonatal es el acúmulo del pigmento de la bilirrubina en sangre, denominado hiperbilirrubinemia.

Ésta puede ser consecuencia de una inmadurez hepática o hiperproducción de bilirrubina. Se observa clínicamente cuando la bilirrubina sérica es superior a 5 mg/dl (85 μ mol/L) en neonatos. Este aumento puede estar ocasionado por el incremento de la fracción indirecta no conjugada o a la fracción directa conjugada de la bilirrubina.

La bilirrubina se produce por la degradación del grupo hemo. La hemooxidasa (HO) es la encima principal en este proceso catabólico, estando formada por tres isoenzimas: HO-1, HO-2 y HO-3.

La hiperbilirrubinemia neonatal se debe a la acumulación de bilirrubina resultado de la alteración metabólica producida por diversos factores. Normalmente los niveles séricos de bilirrubina aumentan durante los 3-5 días después del nacimiento y después comienzan a descender.

Es el signo clínico más frecuente en el periodo neonatal y una de las principales causas de hospitalización de recién nacidos. Aproximadamente el 50 % de los recién nacidos a término y el 80% de los bebés prematuros se ven afectados por ictericia durante la primera semana de vida. La hiperbilirrubinemia severa se ha convertido en un importante problema de salud pública, ya que se estima que afecta a unos 481000 neonatos a nivel mundial cada año, de los cuales aproximadamente 63000 padecen secuelas neurológicas.

Existen ciertos factores (raza, sexo, hábito de fumar, etc.) que modifican el curso y la evolución de la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la ictericia neonatal e identificar sus principales causas.

Objetivos secundarios:

- Definir el tratamiento para la ictericia neonatal.
- Analizar el papel de los profesionales de enfermería en los neonatos con ictericia.
- Describir los cuidados de enfermería en neonatos en tratamiento con fototerapia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal de enfermería es una parte esencial para el manejo del recién nacido icterico. Guías internacionales de práctica ante hiperbilirrubinemia establecen

protocolos de gestión para que profesionales sanitarios no facultativos realicen acciones de valoración y detección precoz de la ictericia. La detección temprana de la ictericia neonatal es fundamental para evitar complicaciones como la encefalopatía bilirrubínica o la toxicidad crónica.

La ictericia progresa en sentido cefalocaudal a través de la escala de Kramer. La coloración amarillenta de la piel y mucosas se observa inicialmente en la cara y tórax, y posteriormente en tronco y miembros inferiores, y desaparece en forma inversa.

Imagen: Escala de Kramer modificada.

Fuente: Mazzi Gonzales de Prada AE. Hiperbilirrubinemia neonatal. Rev Soc Bol Ped. [Internet] 2005 [citado 11 mar 2020];44(1):26-35.

La Asociación Española de Pediatría sugiere que los niveles de bilirrubina pueden ser predecibles mediante la medición de bilirrubina transcutánea (BTC), una alternativa fiable a la medición de bilirrubina sérica. Esta última es una técnica no invasiva y proporciona información instantánea sobre el nivel de bilirrubina del neonato, siendo además de calidad superior a la estimación visual. Se realiza a través de bilirrubinómetro.

Está indicado en neonatos de más de 35 semanas de gestación que no se hayan sometido a fototerapia ni a transfusión.

Se realiza en neonatos hasta 14 días de edad.

No utilizar en neonatos con ictericia precoz.

La ictericia patológica se diferencia de la ictericia fisiológica por su aparición dentro de las 24 horas de vida, presencia de orina oscura y heces pálidas, un aumento del nivel de bilirrubina sérica mayor a 5 mg/dl al día, y un nivel total de bilirrubinemia por encima del nivel límite del recién nacido teniendo en cuenta las horas de vida.

Tratamiento:

El objetivo de la intervención terapéutica en los recién nacidos ictericos es mantener las cifras de bilirrubinas dentro de unos límites considerados como seguros. Las modalidades terapéuticas a considerar son la fototerapia y la exanguinotransfusión como pilares de manejo del recién nacido icterico aunque existen otras terapias de tipo farmacológico que administradas en forma profiláctica o concomitantemente con la fototerapia pudieran tener algún beneficio.

Fototerapia:

Hacia finales de la década de los 50 se observó que la exposición de los recién nacidos a la luz solar o a lámparas fluorescentes azules producía una disminución en la concentración sérica de bilirrubina. Desde entonces la fototerapia ha sido un pilar fundamental en el manejo de la hiperbilirrubinemia neonatal.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera, como profesional sanitario, tiene un rol importante en el cuidado del recién nacido (RN) con ictericia neonatal (IN), constituyendo una de las figuras principales en el manejo de los diferentes técnicas de fototerapia, administración de medicación pautada, apoyo a los padres del RN, control de signos y síntomas del RN y prevenir y/o detectar precozmente las posibles complicaciones que puedan aparecer tras el tratamiento. Y por otro lado, tendrá suma importancia y trascendencia en el bienestar y desarrollo del RN el mantenimiento de la lactancia materna.

En la actualidad, los casos de ictericia por incompatibilidad RH han disminuido debido a la administración profiláctica de inmunoglobulinas Anti-D.

La fototerapia continúa siendo la técnica más empleada en el tratamiento de la ictericia disminuyéndose el recurso de la exanguinotransfusión.

6 Bibliografía

1. Martínez González L, Plaza Carmona M. La ictericia neonatal y su abordaje desde Enfermería. Fundación de la enfermería de Cantabria. 2016;.
2. Bello Carrasco LM, García Delgado EL, Santos Álvarez M del R, Río Frío MI. Caracterización casos de ictericia neonatal desde una perspectiva de enfermería. Espirales. 2018;2 n°14(2550-6862).
3. García Méndez C. Ictericia neonatal y cuidados de enfermería. Trabajo Fin Máster. Universidad de Cantabria. . 2020;.
4. Durán M, García J, Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. Enfermería Universitaria. 2015;12(1):41-5.
5. Castaño Picó MJ, Sánchez Maciá M. Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. 2011.

Capítulo 63

ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE CASOS DE OBESIDAD INFANTIL

MARÍA TERESA IZQUIERDO DELGADO

BELÉN GUTIÉRREZ MARTÍN

MARIA PORTELA COLAO

BEATRIZ OEO DELGADO

VANESSA VILLARTA HIGUERA

1 Introducción

La obesidad es un grave problema de salud pública que se ha extendido en los últimos años de forma alarmante entre niños y adolescentes. Es uno de los problemas de salud pública más graves de este siglo a nivel mundial. La “epidemia del siglo XXI”, como algunos la llaman, está presente en nuestras vidas, pero no por eso es menos peligrosa. Es una enfermedad crónica y multifactorial donde están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, siendo estos últimos los más importantes del incremento en su prevalencia.

Las principales causas de la obesidad infantil son, el aumento del consumo de alimentos hipercalóricos con alto nivel de grasa saturada y azúcar, y una reducida actividad física. Existe un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético.

Según los últimos datos expuestos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO), en nuestro país el 18,67 % de los niños sufre sobrepeso y el 8,94 % son obesos. Se estima que un niño es obeso cuando sobrepasa el 20 % de su peso ideal.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por eso hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil. El hecho de incorporar hábitos de vida saludables en la rutina de los niños, contribuye a una buena salud que persistirá durante la edad adulta.

2 Objetivos

- Observar el impacto que tiene hoy en día la obesidad infantil, tanto por su prevalencia como por sus consecuencias en la salud de los niños.
- Dar a conocer la actuación de enfermería en la consulta de atención primaria, en el seguimiento de niños con obesidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado artículos en la base de datos Medline, seleccionando artículos científicos revisados. Se ha recopilado información en páginas de internet, utilizando sobre todo el buscador Google. Se han consultado también varios artículos de revistas científicas. Las palabras clave utilizadas han sido: obesidad infantil; enfermería; atención primaria.

4 Resultados

Para conocer si un niño es obeso, se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), correlacionándolo con la edad y el sexo del niño, siguiendo los patrones de crecimiento establecidos por la OMS (organización mundial de la salud) para niños y adolescentes. El IMC es una cifra que relaciona peso y altura. Se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m}^2\text{]}$). Se considera sobrepeso cuando el IMC para la edad y el

sexo del niño se encuentra más de 1 desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y obesidad cuando el valor del IMC para la edad y el sexo del niño en cuestión supera con más de 2 desviaciones típicas la mediana establecida. También pueden ser de interés otras medidas como el perímetro braquial y los pliegues cutáneos.

Además de estos valores, la enfermera puede tener en cuenta otros factores relacionados con el estilo de vida del niño, para determinar si su peso es normal o problemático.

A través de las revisiones infantiles que se realizan de forma programada en los centros de salud o de petición de consulta por parte de los padres por este motivo, la enfermera de atención primaria en colaboración con el pediatra, valoraran la situación en que se encuentra el niño y si es necesario hacer un seguimiento individualizado mediante revisiones en la consulta de atención primaria.

En la consulta de enfermería se procederá a realizar varias actividades:

- Pesar y tallar al niño. Valorando su IMC y si ha habido variación de peso respecto al previo.
- Valorar el diario alimentario y de actividad del niño. El niño o la familia deberán hacer un registro de todos los alimentos que ingiera y de la actividad física que realiza, para ver de esa forma los hábitos del niño, qué cosas están haciendo bien y que otras es necesario cambiar.
- Educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables que debe seguir, y hábitos no saludables que es necesario cambiar en cada caso. Esta es la actividad más importante y a la que la enfermera dedicara más tiempo en la consulta.

Recomendaciones o pautas más importantes que se deben seguir:

- Promover una dieta sana, variada y equilibrada, con abundantes frutas, verduras y productos integrales. Incluir en la dieta productos lácteos bajos en grasa (desnatados). Elegir carnes magras, pescados y legumbres como fuentes de proteína.
- Hacer 5 comidas al día. Incluyendo 5 raciones diarias de fruta y verdura. Tomar tentempiés saludables.
- Conocer los tamaños de las raciones adecuadas para la edad del niño. Comer raciones más pequeñas.
- Reducir todo lo posible alimentos ricos en calorías, grasa saturada y azúcares refinados. Elegir grasas saludables, como frutos secos y aceite de oliva. Limitar el consumo de carnes rojas y embutidos.
- Utilizar técnicas culinarias que aporten menos grasa, como cocido, escalfado, al vapor, asados, plancha; limitando frituras, empanados, rebozados, guisos. Limitar las cantidades de aceite, sal y azúcar.

- Promover la importancia de que el niño tome un desayuno sano y equilibrado. Éste debe incluir leche, fruta y cereales.
- Realizar una ingesta abundante de agua. Evitar las bebidas azucaradas.
- No ofrecer los alimentos como premio o castigo, ya que podría asociar los dulces como alimentos buenos y las frutas y verduras como malos.
- Promover la actividad física diaria. Se recomienda que los niños hagan 60 minutos de actividad moderada todos los días. Buscar maneras de motivar al niño a ser más activo, incorporando el ejercicio físico a las actividades de ocio. Estimularlo en su tiempo libre a jugar, correr, nadar, patinar, montar en bicicleta y practicar deportes y juegos en equipo, que le van a ayudar a socializarse y a tener una mayor autoestima. Promover actividades extraescolares deportivas. Planificar actividades al aire libre y con toda la familia.
- Reducir el sedentarismo. Los niños y adolescentes no deben ver más de 2 horas de pantallas al día (eso incluye televisión, tablet, ordenador, videojuegos).
- Garantizar las horas de sueño adecuadas, ya que no dormir lo suficiente se asocia con la obesidad.
- Recordar a los padres que los niños imitan a los adultos, por lo que será necesario que los hábitos de vida saludables sean cosa de toda la familia (predicar con el ejemplo).

Dentro de una atención integral, habrá que valorar si es necesario un abordaje multidisciplinar, sobre todo con la colaboración de un dietista.

5 Discusión-Conclusión

La manera más efectiva para atajar la obesidad infantil es sin duda la prevención primaria, actividad muy importante que desarrolla la enfermería en atención primaria. Mediante las revisiones del programa del niño sano, la enfermera puede observar que niños pueden estar en riesgo, y de ahí hacer un seguimiento más exhaustivo y una educación sanitaria individualizada.

Un cambio en los hábitos de vida hacia hábitos más saludables es básico, tanto para que un niño sano no desarrolle sobrepeso u obesidad, como para que un niño con sobrepeso no termine siendo obeso, o para que un niño obeso consiga bajar de peso y deje de serlo. La mejor estrategia es mejorar la alimentación y los hábitos de ejercicio de toda la familia.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2016). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/.
2. Dalmau Serra, J et al. (2007). Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría*, Vol. 66 (3), 294-304.
3. Fernández Segura, ME (2005). Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, Vol. VII, Suplemento 1.
4. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de Alimentación (2013). La obesidad infantil en España, un problema creciente del que sabemos poco. Madrid. Disponible en: <http://www.nutricion.org/noticias/noticia.asp?id=67>.

Capítulo 64

UTILIZACIÓN DEL CERCLAJE CERVICAL, EL PESARIO Y LA PROGESTERONA COMO MÉTODOS PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO

CORAL LÓPEZ ALFARO

EVA LAOSA RUANO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

TERESA MOLINA CAMBRA

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

El parto pretérmino es todo aquel que se produce antes de la semana 37 o de los 259 días de gestación. Se estima que afecta a más de un tercio de las muertes neonatales anuales en todo el mundo, constituyendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal y la segunda en niños por debajo de los 5 años.

Se trata de un síndrome en el que confluyen múltiples procesos patológicos: inflamación, enfermedad vascular, alteración del flujo materno-fetal. Las cifras de

partos prematuros no han variado en los últimos años, aunque sí han mejorado las cifras de morbilidad y de supervivencia en los recién nacidos pretérmino. Las complicaciones perinatales son mayores cuanto menor sea la edad gestacional a la que se produce el parto pretérmino. Aunque la clasificación del parto pretérmino pone el límite en las 37 semanas de gestación, la madurez fetal es un proceso que continúa a lo largo de todo el embarazo. Entre las 37 y las 38 semanas de gestación existe un riesgo importante de morbilidad respiratoria (taquipnea transitoria, necesidad de oxígeno al nacer), hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y dificultad en la lactancia al nacimiento.

En España y según los últimos datos del INE en 2018, el parto pretérmino representa un 6,5-9% del total de partos que se producen en nuestro país.

El parto pretérmino puede producirse de forma espontánea o estar medicamente indicado por complicaciones fetales o maternas.

1. Clasificación del parto pretérmino:

- Amenaza de parto pretérmino: cuadro clínico que se produce entre la semana 22 y 36 + 6 semanas de gestación caracterizado por contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales pero membranas amnióticas íntegras.

- Parto pretérmino: aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación. Puede ser:

Espontáneo: supone entre un 31-45 % de los partos pretérmino.

Yatrógeno: médicamente indicado por estar asociado a una patología fetal o materna.

Según la edad gestacional a la que se produce el parto pretérmino podemos realizar otra clasificación:

- Prematuro extremo: parto producido antes de las 28 semanas. Supone el 5% de los partos pretérmino.

- Prematuro grave: parto entre las 28 y la 31+6 semanas de gestación. Son un 15 %.

- Prematuro moderado: nacimiento entre las 32 y la 33+6 semanas. Son un 20 %.

- Prematuro leve: entre las 34 y 36+6 semanas, siendo el 60% de los partos pretérmino.

2. Principales factores de riesgo de parto pretérmino:

Obstétricos:

- Historia de parto pretérmino previo.

- Antecedente de aborto en segundo trimestre de gestación <16 semanas.

- Embarazo múltiple.

- Sobredistensión uterina.
- Alteraciones vasculares.

Maternos:

- Cirugía cervical: conización, LLETZ.
- Anomalía uterina congénita.
- Dilatación cervical, legrado uterino.
- Antecedente de cesaría anterior en dilatación completa prolongada.

Socioeconómicos:

- Tabaco.
- Bajo peso materno pregestacional.
- Periodo intergenésico corto (<18 meses).
- Raza afroamericana y afrocaribeña.
- Estrés materno.

Otros:

- Infección intraamniótica.
- Infecciones extrauterinas.
- Senescencia celular.
- Disminución de la acción de la progesterona.

3. Prevención de parto pretérmino:

Anamnesis prenatal: realizar una completa anamnesis prenatal de la historia obstétrica y ginecológica de la mujer, revisando factores de riesgo y valorando posibles intervenciones profilácticas.

Modificación de actividad materna: el reposo absoluto es una medida que no disminuye el riesgo de parto pretérmino, pudiendo generar ansiedad y estrés en la gestante y un aumento del riesgo de sufrir tromboembolismo venoso o pérdida de masa ósea debido a la inmovilidad.

Cribado ecográfico: El mejor momento para medir la longitud cervical es a través de una única medida entre la semana 18 y la 24. La longitud cervical es considerada un factor predictor independiente de parto pretérmino, definiéndose cérvix corto aquel por debajo de los 25 mm.

Cribado de infecciones: algunos microorganismos y la vaginosis bacteriana se han asociado al aumento de parto pretérmino. La vaginosis es el cambio en la microbiota vaginal que produce un mayor riesgo de infección intraamniótica y de parto prematuro espontáneo. Por ello, se recomienda realizar cribado universal y tratamiento de vaginosis bacteriana, de *Mycoplasma genital* o de *Chlamydia*

trachomatis en mujeres que tengan síntomas. En gestantes asintomáticas no se ha demostrado que el tratamiento o el cribado mejore las tasas de parto pretérmino.

Contracepción posparto: se recomienda un periodo intergenésico mínimo de 12 meses. Aumentar el intervalo entre embarazos hasta 18 meses, reduce el riesgo de parto pretérmino. Esta reducción puede atribuirse a una adecuada anticoncepción posparto, la cual se puede lograr mediante consulta y asesoramiento durante el postparto.

Progesterona: la prevención del parto pretérmino con el uso de progesterona puede deberse a su efecto antiinflamatorio, pero también su efecto protector a nivel uterino reduciendo la contractilidad miometrial y atenuando la respuesta a la hemorragia o inflamación uterina. Las formas de presentación pueden ser distintas (intramuscular, vaginal) produciendo diferente eficacia. La utilizada en nuestro país es la progesterona natural micronizada (200 mg/24h vaginal), cuyos efectos adicionales son la disminución de la contractilidad miometrial y prevención de la maduración del cérvix. También existe la caproato de la 17 alfa hidroxiprogesterona (c17-OHP) comercializada en Estados Unidos. La mayor eficacia se observa cuando su administración se inicia antes de la 21 semana de gestación (idealmente entre la 16 y la 20) y se mantiene hasta la semana 36.

Pesario: Se trata de un dispositivo en forma de anillo de silicona o plástico que no contiene medicación. Se puede colocar y retirar fácilmente sin necesidad de anestesia. Los efectos secundarios son leves, siendo los más comunes el aumento del flujo vaginal y el dolor durante la técnica de inserción y extracción del dispositivo. Está disponible en diferentes formas y tamaños y se ha usado para prevenir el parto prematuro desde hace mas de 50 años. Se encuentra en diferentes modelos, aunque el más usado es el de Arabin. Su mecanismo de acción se basa en la disminución de la presión sobre el orificio cervical interno al producir un cambio en la dirección del canal cervical.

Cerclaje cervical: esta técnica se realiza entre las 13 y las 16 semanas de gestación y está indicada cuando existen antecedentes de 3 o más abortos tardíos o partos pretérmino. La retirada se realiza entre las 36 y 38 semanas.

En casos de rotura prematura de membranas se extraería de manera inmediata por el riesgo de corioamnionitis. Existen varias maneras de realizar un cerclaje, la técnica de elección es la de McDonald aunque también existen otras como la de Shirodkar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las intervenciones actuales disponibles para prevenir el parto pretérmino.

Objetivos secundarios:

- Conocer la eficacia del uso del cerclaje cervical, el pesario y la progesterona para prevenir el parto pretérmino.
- Identificar el método más efectivo para el abordaje de riesgo de parto pretérmino durante la gestación.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada relevante tanto en inglés como en español en las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, Cinhal. Además, se han consultado las Guías de asistencia práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). La búsqueda de artículos científicos se limitó a los estudios publicados en los últimos diez años. Se utilizaron las siguientes palabras clave: parto prematuro, cerclaje cervical, pesario, prevención, progesterona, embarazo.

4 Resultados

El principal factor de riesgo asociado al parto pretérmino es el antecedente de parto pretérmino previo. Por ello es de gran importancia realizar una completa anamnesis previa o durante las primeras etapas de la gestación.

Debido a la alta mortalidad y morbilidad neonatal, es de gran importancia una adecuada prevención del parto pretérmino. Son de especial interés clínico los factores de riesgo modificables como: el hábito tabáquico, la adicción a drogas, la anemia, la ausencia de cuidados prenatales, el estrés o la ansiedad y un periodo intergenésico corto. Este último es importante cuando es inferior a 6 meses, siendo recomendable aumentar el intervalo intergenésico a más de 12 meses, idealmente 18.

Las infecciones del tracto urinario, genital y periodontales también se han visto asociadas a un aumento del parto pretérmino, de ahí la importancia del abordaje y su tratamiento en mujeres con síntomas. La vaginosis bacteriana también se ha asociado a un aumento del riesgo de parto prematuro, sin embargo, no se ha

demostrado que el tratamiento antibiótico ni el cribado en mujeres asintomáticas reduzca este riesgo. Así como tampoco se ha visto efectivo en infecciones asintomáticas por *Mycoplasma genital* o *Chlamydia trachomatis* ni bacteriuria que no curse con síntomas.

Los tratamientos actuales para reducir el riesgo de parto pretérmino son la progesterona, el pesario y el cerclaje cervical. (1, 3)

- Progestágenos:

En embarazos únicos con antecedentes de parto prematuro y longitud de cérvix normal: en las gestantes con historia de parto pretérmino previo y una longitud cervical normal, la progesterona vaginal micronizada no reduce el riesgo de parto prematuro antes de la semana 34 ni mejora los resultados neonatales.

No se recomienda el uso de la progesterona natural micronizada ni la c17-OHP para prevenir el parto pretérmino únicamente por los antecedentes de parto prematuro previos que puedan existir.

En embarazos únicos con o sin antecedentes de parto prematuro y cérvix corto: en las gestantes con o sin historia previa de parto pretérmino y cérvix corto, la progesterona vaginal disminuye el riesgo de parto por debajo de la semana 34 de gestación y las complicaciones neonatales que puedan ir asociadas.

Se recomienda la administración de progesterona vaginal natural independientemente de la historia de parto pretérmino previo en gestantes con embarazos únicos y cérvix corto para prevenir el parto pretérmino.

En embarazos gemelares: la c17-OHP no disminuye el riesgo de parto prematuro en gestaciones gemelares como tratamiento profiláctico. En cuando a la progesterona natural micronizada y debido a la controversia actual, no existe suficiente evidencia para poder recomendarla en embarazos gemelares con longitud cervical por debajo de 2,5 mm. (2, 4)

- Pesario:

En embarazos únicos con cérvix corto: el uso del pesario no reduce el riesgo de parto prematuro por debajo de las 34 semanas de gestación ni tiene efectos sobre la morbilidad neonatal asociada. Actualmente, no existe evidencia suficiente para recomendar el pesario cervical como método de prevención del parto prematuro en gestaciones únicas con gestantes con una longitud cervical menor a 25 mm.

En embarazos gemelares: el pesario cervical no se recomienda como tratamiento profiláctico en gestaciones gemelares. No existe suficiente evidencia para recomendar el pesario cervical en casos de cérvix corto y gestaciones gemelares. (2, 4, 6)

- Cerclaje:

En embarazos únicos con antecedentes de parto prematuro y cérvix corto: en las gestantes con historia de parto pretérmino y longitud cervical menos a 25 mm, el cerclaje muestra una reducción del riesgo de parto pretérmino y de morbilidad neonatal asociada. El cerclaje también está indicado en embarazos únicos con antecedentes de 3 abortos tardíos o 2 abortos tardíos sugestivos de incompetencia cervical, gestantes con historia de múltiples pérdidas gestacionales o fallo en cerclaje cervical previo. También en los casos en los que exista un acortamiento progresivo del cérvix a pesar de estar en tratamiento previo con progesterona.

En embarazos gemelares: con la evidencia disponible no se recomienda el uso de cerclaje cervical profiláctico en embarazos múltiples ya que no reduce el riesgo de parto pretérmino.

En embarazos únicos y gemelares con incompetencia cervical: el cerclaje cervical está indicado en gestaciones únicas o múltiples que cursen con cuadros de incompetencia o insuficiencia cervical, (dilatación cervical asintomática superior a 1-2 cm con membranas visibles a través del orificio cervical externo). En gestantes con incompetencia cervical entre las 14 y las 27 semanas de gestación, la realización del cerclaje aumenta la supervivencia neonatal y el tiempo de gestación en unas 4 semanas.

Debido a que los cuadros de incompetencia cervical producen un aumento del riesgo de infección intraamniótica subclínica, sería recomendable la realización de una amniocentesis previa al cerclaje para identificar las gestantes que podrían beneficiarse de la técnica. (1, 3, 4, 6, 7)

5 Discusión-Conclusión

La progesterona vaginal es recomendable en casos de gestaciones únicas con antecedentes de parto pretérmino y longitud cervical menor a 25 mm. En gestaciones únicas con historia de parto pretérmino previo pero longitud cervical normal, la progesterona no reduce el riesgo de parto prematuro. En el caso de gestaciones gemelares, no es útil como tratamiento profiláctico ni existe suficiente evidencia para poder recomendarla en casos de longitud cervical por debajo de 25 mm.

El uso del pesario no reduce el riesgo de parto prematuro ni tiene efectos sobre la morbilidad neonatal en embarazos únicos con cérvix corto. En el caso de embarazos gemelares, el pesario cervical no se recomienda como tratamiento profiláctico. Tampoco existe suficiente evidencia para recomendarlo en casos de

cérvix corto.

El cerclaje muestra una reducción del riesgo de parto pretérmino y de morbilidad neonatal asociada en las gestantes con historia de parto pretérmino y longitud cervical menor a 25 mm. No se recomienda su uso profiláctico en embarazos múltiples ya que no reduce el riesgo de parto pretérmino. El cerclaje cervical está indicado en gestaciones únicas o múltiples que cursen con cuadros de incompetencia o insuficiencia cervical.

Hasta la fecha ninguna publicación ha comparado directamente las tres intervenciones, por lo que son necesarios más estudios en esta línea para poder establecer cual es el método óptimo para prevenir el parto pretérmino.

6 Bibliografía

1. Guía de Asistencia Práctica, parto pretérmino. (2020). Progresos de Obstetricia y Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (Internet),63:283-321.https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
2. Jarde, A., Lutsiv, O., Park, C. K., Beyene, J., Dodd, J. M., Barrett, J., Shah, P. S., Cook, J. L., Saito, S., Biringier, A. B., Sabatino, L., Giglia, L., Han, Z., Staub, K., Mundle, W., Chamberlain, J., & McDonald, S. D. (2017). Effectiveness of progesterone, cerclage and pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies: a systematic review and network meta-analysis. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 124(8), 1176–1189. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14624>.
3. Ramírez Murillo, K. (2018). Prevención de parto pretérmino. *Medicina Legal de Costa Rica*, 35(1), 115-126.
4. Rafael, T. J., Berghella, V., & Alfirevic, Z. (2014). Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in multiple pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD009166. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009166.pub2>.
5. Berghella, V., Ciardulli, A., Rust, O. A., To, M., Otsuki, K., Althuisius, S., Nicolaides, K. H., Roman, A., & Saccone, G. (2017). Cerclage for sonographic short cervix in singleton gestations without prior spontaneous preterm birth: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 50(5), 569–577. <https://doi.org/10.1002/uog.17457>.

6. Jin, Z., Chen, L., Qiao, D., Tiwari, A., Jaunky, C. D., Sun, B., Wang, L., & Yu, H. (2019). Cervical pessary for preventing preterm birth: a meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 32(7), 1148–1154. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1401998>.
7. Alfirevic, Z., Stampalija, T., & Medley, N. (2017). Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD008991. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008991.pub3>.

Capítulo 65

TÉCNICAS EN GESTANTES CON FETOS EN PRESENTACIÓN PODÁLICA: LA MOXIBUSTIÓN

CORAL LÓPEZ ALFARO

EVA LAOSA RUANO

BEATRIZ MARTINEZ ORTIZ

TERESA MOLINA CAMBRA

ALEJANDRO RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

La presentación podálica o de nalgas es aquella en la que el feto longitudinalmente coloca su pelvis hacia la pelvis materna y el polo cefálico hacia el fondo uterino y no al contrario como ocurre en la presentación cefálica, donde el polo fetal se encuentra encajado en la pelvis materna. Hay tres tipos de presentación podálica: puras, completas e incompletas.

- Nalgas puras, simples o francas: los miembros inferiores fetales están totalmente extendidos en flexión ventral, siendo las nalgas lo que presenta en primer lugar. Es el tipo más frecuente en un 65-70 % de los casos.
- Nalgas completas: los miembros inferiores del feto están flexionados y presenta pies y nalgas mas cerca del canal del parto. Se producen en un 5 % aproximadamente.

- Nalgas incompletas: presentan las nalgas con una extremidad flexionada y el otro miembro inferior más cerca del canal del parto. Aparece en un 25-30% de los casos.

La incidencia de presentación podálica entre todos los embarazos a término se estima entre un 3 y 4 %. En España la incidencia se sitúa en un 3,8 %. A medida que el feto llega a las 28 semanas de gestación, el riesgo de presentación podálica aumenta en un 25-30 % y disminuye hasta un 7 % cuando la gestación llega a término. Después de la semana 32 de gestación, los fetos que estén en presentación podálica tienen una menor probabilidad de cambiar su presentación a cefálica antes de la semana 37. Todas aquellas situaciones que dificulten el giro espontáneo del feto dentro del útero van a producir una mayor incidencia de presentaciones podálicas. Puede deberse a factores tanto maternos como fetales, aunque en la mayoría de los casos se desconoce la etiología. Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentación podálica:

Factores maternos:

- Edad materna.
- Primiparidad y multiparidad.
- Anomalías uterinas (útero septo, bicornue, unicornue).
- Hipotonía uterina.
- Placenta previa.
- Oligoamnios y polihidramnios.

Factores fetales:

- Fetos femeninos.
- Prematuridad.
- Retraso del crecimiento fetal o fetos pequeños para la edad gestacional.
- Anomalías congénitas (anencefalia, hidrocefalia, espina bífida).
- Gestaciones múltiples: debido a la falta de espacio que dificulta el giro espontáneo.

La gran importancia de los fetos en presentación podálica es la morbilidad perinatal que va asociada. Existe un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, prolapso de cordón, parto distócico y un aumento de la tasa de cesáreas. La presentación de nalgas aumenta el número de cesáreas electivas a pesar de que la morbilidad materna y perinatal es mayor que con el parto vaginal. Esto es debido a que actualmente, en la mayoría de los hospitales los profesionales han perdido la habilidad y la práctica necesaria para llevar a cabo estos partos por vía vaginal. Las cesáreas suponen un coste importante para los servicios de salud debido al aumento del número de días de hospitalización en comparación con el parto vaginal sin complicaciones.

Existen varias técnicas que pueden ayudar a que el feto se coloque en posición cefálica: la estimulación vibroacústica, la amnioinfusión, técnicas posturales, la moxibustión y la versión cefálica externa (VCE). Actualmente la más practicada es la versión cefálica externa (VCE). Se trata de una maniobra no invasiva que consiste en manipular el feto a través del abdomen materno para darle la vuelta y colocarlo en presentación cefálica. Es una técnica recomendada por diversos grupos de expertos como la ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists), la RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) y la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Se trata de una maniobra segura con una tasa de éxito de un 50 %, consiguiendo reducir un 9-16 % la tasa de cesáreas sin aumentar los riesgos maternos ni fetales. Se realiza en ámbito hospitalario con personal cualificado y bajo control ecográfico entre la semana 34 y 36 para evitar el giro espontáneo que pueda realizar el feto tras la VCE. Hay factores que pueden favorecer el éxito de la VCE como presentar la placenta posterior o tener un volumen normal de líquido amniótico.

Por otra parte, las técnicas posturales incluyen una serie de movimientos y posturas que facilitan el movimiento y la rotación espontánea del feto. Estas posturas pueden ser la posición india, la de rodillas contra el tórax y la posición en decúbito lateral elevando la pelvis. También se puede recurrir a terapias alternativas como la moxibustión. Esta técnica tiene origen en la medicina tradicional china y está avalada por la Organización Mundial de la Salud. Se utilizan preparados a base de raíces de hierbas prensadas de la planta *Artemisa Vulgaris*. Este tipo de hierba se llama moxa en japonés, de donde toma su nombre. La *Artemisa* se prensa y se deja secar para luego enrollarla en un papel que al quemarlo produce calor pero no genera llama. La moxibustión trata de aplicar calor en el punto de acupuntura Vejiga 67 (BL 67), cuyo nombre chino es Zhiyin, ubicado en la punta del quinto dedo del pie. La moxibustión se realiza a una distancia suficiente para producir una sensación cálida pero no generar dolor, con la gestante sentada con las piernas elevadas y en una habitación bien ventilada. Esta técnica puede cambiar la presentación podálica debido al calor generado en el punto V67 que estimula la producción de estrógenos y prostaglandinas. También aumenta la actividad fetal, facilitando el movimiento y el giro del feto dentro del útero. No existe consenso sobre como aplicar la moxibustión, a pesar de ello, la práctica general recomienda aplicarla durante 15-20 minutos, de 1 a 10 veces al día durante 10 días. Se puede realizar a partir de la semana 32 y hasta la 38. En nuestro país la moxibustión no está dentro de la cartera de servicios sanitarios como sí ocurre en otros países europeos como Francia, Inglaterra o Alemania.

2 Objetivos

- Describir las técnicas actuales disponibles para favorecer el cambio de presentación fetal.
- Conocer la eficacia del uso de la moxibustión como método para colocar al feto en presentación cefálica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente durante los últimos 15 años. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos Pubmed, Scielo y Medline seleccionando aquellos artículos provenientes de publicaciones revisadas y guías actualizadas. También se han consultado Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). La búsqueda bibliográfica incluyó artículos en español, inglés y francés con las siguientes palabras clave: presentación fetal, moxibustión, presentación podálica, versión cefálica externa.

4 Resultados

En una revisión sistemática de la Cochrane se observó que la aplicación de moxibustión puede disminuir la necesidad de utilizar oxitocina. Combinada con la acupuntura podría reducir los partos por cesárea y combinada con técnicas posturales es efectiva para cambiar la presentación no cefálica. Sin embargo, esta revisión señala la calidad metodológica moderada de los estudios debido al tamaño muestral y la forma variable en la que se aplicaron los tratamientos.

Vas et. Al. concluyeron que la moxibustión aplicada en el punto de acupuntura V67 es efectiva y segura para corregir la presentación no cefálica cuando se realiza entre la semana 33 y la 35 de gestación. También realizaron una evaluación económica que concluyó que la aplicación de moxibustión en el punto BL67 podría evitar en algunos casos la práctica de cesárea y de esta manera ahorrar costes económicos para el sistema de salud comparado con los gastos que puede ocasionar el parto espontáneo.

Una revisión sistemática realizada en 2013 concluyó que la moxibustión era una práctica eficaz para corregir la presentación no cefálica en el momento del parto, con una disminución del uso de oxitocina.

Una guía de práctica inglesa en 2017 estableció como recomendación que “las mujeres pueden considerar el uso de la moxibustión para la presentación den

algas a las 33-35 semanas de gestación, bajo la guía de un profesional capacitado” con un grado C de recomendación.

Nassar et. Al. establecieron la moxibustión como técnica emergente pero resaltaron la poca evidencia actual sobre su efectividad y la seguridad de esta técnica como método para corregir la presentación no cefálica. También señalaron que las mujeres deberían consultar a un profesional sanitario antes de la aplicación de esta técnica.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes intervenciones que pueden reducir las presentaciones podálicas y con ello el número de cesáreas, sin embargo, sólo existe evidencia suficiente para justificar la VCE como método efectivo.

La moxibustión es una técnica indolora, sencilla, bien tolerada por las gestantes y con un bajo coste económico. Esta técnica es efectiva cuando se aplica entre las semanas 32 y 34 de gestación. Se trata de una opción de tratamiento efectiva y fácil que puede realizarse en el domicilio de la gestante y que podría ser ofrecida a toda mujer embarazada para corregir la presentación no cefálica.

Sin embargo, el número de estudios existentes en la actualidad es muy reducido y heterogéneo para recomendar la moxibustión como método eficaz para la inversión del feto en presentación podálica.

6 Bibliografía

1. Vas, J., Aranda-Regules, J. M., Modesto, M., Ramos-Monserrat, M., Barón, M., Aguilar, I. & Rivas-Ruiz, F. (2014). Moxibustión en atención primaria para corregir la presentación no cefálica: estudio multicéntrico controlado y aleatorizado. *Revista Internacional de Acupuntura*, 8(2), 41-49.
2. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesárea por razones no médicas a término. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2006, Número 3. Art. N°: CD004660. DOI: 10.1002/14651858.CD004660.pub2.
3. Do, CK, Smith, CA, Dahlen, H., Bisits, A. y Schmied, V. (2011). Moxibustión para la versión cefálica: un ensayo controlado aleatorio de viabilidad. *BMC medicina complementaria y alternativa*, 11 (1), 1-9.
4. Li, X., Hu, J., Wang, X., Zhang, H., & Liu, J. (2009). Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation: a systematic review of clinical trials. *Chinese medicine*, 4, 4. <https://doi.org/10.1186/1749-8546-4-4>.

5. Miranda-Garcia, M., Domingo Gómez, C., Molinet-Coll, C., Nishishinya, B., Allaoui, I., Gómez Roig, M. D., & Goberna-Tricas, J. (2019). Effectiveness and Safety of Acupuncture and Moxibustion in Pregnant Women with Noncephalic Presentation: An Overview of Systematic Reviews. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2019, 7036914. <https://doi.org/10.1155/2019/7036914>.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2019). La versión cefálica externa y la promoción del parto normal. <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n5/04-TO-version-cefalica-externa.pdf>.
7. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20a. *BJOG*. 2017 Jun;124(7):e178-e192. [DOI 10.1111/1471-0528.14466] [Consulta: 30/11/2017].
8. Nassar N, Roberts CL, Morris J. Breech Presentation. Best Practice de BMJ. Last Updated May 06 2016. [Consultado en BestPractice.bmj.com el 29/11/2017].

Capítulo 66

ENFERMERÍA Y EL RECIEN NACIDO PRETÉRMINO

ALEJANDRO MARTÍNEZ BIEDMA

1 Introducción

La definición de recién nacido a término es aquel nacimiento que se produce entre las semanas 37- 41 de gestación.

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de la semana 37 gestacional. El concepto de cuidado enfermero es una necesidad básica en la que se asegura un cuidado de calidad donde se diferencian necesidades reales y potenciales. Un ejemplo de plan de cuidados en enfermería, es el de Marjorie Gordon, clasificados por patrones funcionales donde facilita la valoración hacia el diagnóstico.

En enfermería es indispensable para el cuidado el uso de las diferentes taxonomías como la de Diagnósticos Enfermeros de "North American Nursing Diagnosis Association" (NANDA), resultados enfermeros "Nursing Outcomes Classification" (NOC), "Clasificación de Resultados en Enfermería" (CRE) 4, "Nursing Interventions Classification" (NIC), y "Clasificación de Intervenciones de Enfermería" (CIE).

La mortalidad en recién nacidos representa más del 35 % de las defunciones en menores de 5 años y donde el 24 % son prematuros. La prematuridad en la actualidad es uno de los problemas de salud más graves y prioritarios por su elevada prevalencia en determinados países, como EEUU que supone más del 60 % de las muertes en prematuros en el mundo, que ocasiona consecuencias individuales, familiares, asistenciales, económicas y sociales que suponen un gran reto para la medicina y para el cuidado enfermero.

2 Objetivos

Conocer y explicar la gestión del cuidado y tecnología enfermera para la solución de problemas de salud en pacientes recién nacidos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se obtuvieron un total de 568 artículos, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 19 artículos de los cuales se usaron 15 por ser "free full text". Entre ellos se encuentran revisiones narrativas, estudios epidemiológicos de carácter observacional, transversal, descriptivo y longitudinal, ensayos clínicos aleatorios y revisiones sistemáticas.

En los estudios utilizados el 63% de los cuidados realizados por enfermería se basan en los patrones funcionales de Marjory Gordon, el 24% se basan en el ABC del recién nacido prematuro y el 13 % restante no tiene un protocolo establecido, se rigen por las necesidades que van surgiendo.

Por otra parte el 45 % de los estudios dice tener profesionales cualificados, con experiencia y tener controlado en todo momento lo que hace, el 55% restante dice no tener experiencia aunque se ven altamente cualificados. En esta misma rama el 62% de la plantilla tienen mas de 30 años y el 38% menos de la edad mencionada anteriormente.

El 82% de los profesionales dice sentir miedo, ansiedad y "síndrome de estar quemado en el trabajo" mientras que el porcentaje restante dice saber desconectar al salir del trabajo con hobbies, viajes y practicando deporte. Por otro lado después de trabajar en un servicio de neonatos el 93% dice ser o querer ser madre mientras que el porcentaje restante no.

Se ha observado a través de la bibliografía medica que en la mayoría de los servicios de maternidad se establecen unos protocolos para la ejecución de los cuidados al recién nacido prematuro. Dichos protocolos se basan en planes de cuidados que constan de cinco fases que son: valoración, diagnostico enfermero, plan-

ificación de cuidados, ejecución de cuidados y valoración. La valoración tiene carácter observacional y exploratorio y se establece a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación del plan de cuidados de Marjory Gordon para la realización de valoración y cuidados en el recién nacido prematuro permite reunir los datos esenciales para abordar los problemas de salud existentes tanto en el recién nacido como en la familia y en su entorno.

Aunque la supervivencia del recién nacido prematuro está directamente relacionada con la edad gestacional, peso al nacer y datos sociodemográficos, el papel y participación de los profesionales de la salud es muy importante para la supervivencia.

Por ello se cuenta con programas de seguimiento al alta con el fin de comprobar que los cuidados al recién nacido por enfermería son de calidad.

6 Bibliografía

1. Huapen Figueroa C. Gestión del cuidado en enfermería. Boletín ¿Sabías qué? 2006; 91:6-9. [En línea] http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_32.pdf [Consultado 28/01/2009].
2. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a. ed. Madrid: Elsevier, 2003.
3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.

Capítulo 67

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

ARANTZAZU LOPEZ ROMANO

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso central caracterizada por la degeneración gradual de las motoneuronas en la corteza cerebral (motoneuronas superiores), el tronco encefálico y la médula espinal (motoneuronas inferiores). La debilidad muscular ocurre gradualmente y conduce a la parálisis. No afecta las capacidades intelectuales y los órganos sensoriales, ni el entrenamiento del baño y la función sexual.

La etiología es actualmente desconocida y tiene en cuenta varias opciones como el mecanismo genético (5-10 % de los casos de ELA, cambios en el metabolismo del glutamato, factores ambientales, estrés oxidativo o defectos mitocondriales). Los síntomas se dividen en signos y síntomas de la neurona motora superior e inferior. Por lo general, comienza localmente en una de las cuatro extremidades o en la región cefálica, lo que resulta en una parálisis gradual de todos los músculos durante un período de 2 a 5 años.

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neuromuscular degenerativa que produce debilidad muscular progresiva que conduce a la parálisis muscular. La esperanza de vida de estos pacientes es de entre 2 y 5 años y, en ausencia de un tratamiento curativo, un buen manejo de los síntomas es fundamental cuando los cuidadores son muy importantes.

2 Objetivos

Conocer y explicar los principales cuidados del personal de Enfermería en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La complicación más grave en un paciente con ELA es el deterioro gradual de los músculos involucrados en la respiración. Hay que tener en cuenta que los síntomas y signos que indican una función respiratoria alterada, como disnea, ortopnea, somnolencia, alteración de la conciencia, edema de tobillo, taquipnea y afectación de los músculos accesorios y dificultad para excretar secreciones respiratorias. La ventilación mecánica puede ser necesaria a medida que avanza la enfermedad. Este tratamiento invasivo o no invasivo se puede realizar en casa después de que el paciente y sus cuidadores hayan recibido la formación adecuada. Alimentación.

La desnutrición afecta al 16-50% de los pacientes y puede empeorar la debilidad muscular y afectar la calidad de vida. Son comunes la disfagia, la fatiga al masticar, la dificultad para mover los alimentos por la boca o la dificultad para tragar saliva. Cuando se presentan síntomas de disfagia, se debe prestar atención a la textura y la textura de los alimentos, ya que los alimentos semisólidos o sólidos con una consistencia suave y tersa son más fáciles de tragar que los líquidos. No comer ni beber en decúbito supino, siempre sentado o en posición de Fowler con el paciente atado a la cama y mantenerlo erguido durante al menos 1 hora después de comer. Para los líquidos para disfagia, agregar espesante para lograr una consistencia que el paciente pueda tragar fácilmente. Se recomienda que el paciente permanezca acompañado durante la comida y capacite a los asistentes o familiares.

Eliminación.

La ELA no suele alterar el control nervioso de los músculos del esfínter, que son responsables de la secreción de la vejiga y/o el intestino. Sin embargo, los patrones de eliminación pueden verse influenciados por la inmovilidad, la ingesta baja de líquidos, la dieta baja en fibra, la medicación o incluso factores psicológicos.

El problema más común es el estreñimiento, que requiere tratamiento, ya que el esfuerzo durante las deposiciones puede forzar o empeorar la respiración del paciente. Evitar tomar laxantes, supositorios o enemas sin receta y tratar de solucionar el problema aumentando la hidratación, la ingesta de fibra, siguiendo un horario regular, etc.

Trastornos del sueño.

Los trastornos del sueño son habituales en personas con ELA, a veces por manifestaciones de la enfermedad y otras por factores situacionales como los efectos de los fármacos o el estrés provocado por la propia enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con que el ELA es una enfermedad neuromuscular degenerativa que produce debilidad muscular progresiva que conduce a la parálisis muscular. En ausencia de un tratamiento curativo, es fundamental un buen tratamiento sintomático, en el que el personal de enfermería es muy importante.

Dado el carácter progresivo y la falta de tratamiento curativo de la enfermedad, el enfermero juega un papel muy importante en la educación del paciente y sus cuidadores, así como en la valoración de su estado emocional y facilitando estrategias para que pueda seguir con su vida con la mejor calidad de vida que pueda conviviendo con la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 68

MEDIACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL COTEJO DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN SONDAJE VESICAL

ALBA PEÑA GARCÍA

MARTA ESPARTERO VELASCO

BELEN MAESO MORENO

1 Introducción

El abdomen es una cavidad cerrada con paredes rígidas y flexibles, con lo que la flexibilidad de sus paredes y su contenido serán los que determinan la presión dentro del abdomen. Por lo que, la presión intraabdominal (PIA) se trata de un estado fijo de presión en el interior del abdomen, la cual puede que agrande durante la inspiración y empequeñece durante la espiración. Esta presión se modifica en función del volumen de los órganos sólidos, vísceras huecas, sangre, ascitis, etc. o en condiciones que se limite la expansión de la pared abdominal.

La PIA como monitorización invasiva de la presión intraabdominal es un parámetro para detectar la elevación de la presión en el abdomen. Se trata de un procedimiento sencillo, barato y de gran utilidad, que se mide a través de una sonda vesical en la mayoría de las ocasiones, siendo este el método más fiable y más recomendado.

La medición de la PIA es de gran utilidad, tanto en cirugías abdominales abiertas o laparoscópicas, como en pacientes con riesgo de que tiendan a desarrollar un

síndrome abdominal compartimental o bien como método de monitorización en pacientes graves.

En condiciones fisiológicas normales, la PIA debe de ser de entre 0 mmHg - 5 mmHg aproximadamente. Si la presión es mayor de 10mmHg, se considera hipertensión intraabdominal (HIA), la cual puede llevar a efectos adversos; como el Síndrome compartimental abdominal (SCA). La cual se define como, el aumento de la PIA sostenida por encima de 20mmHg, con o disminución de la presión de perfusión abdominal (<60mmHg) que se asocia con disfunción o fallo de órganos de aparición reciente. La disfunción asociada aumenta la gravedad cuanto mayor sea el grado de HIA, incrementando significativamente la morbilidad y mortalidad en pacientes en estado crítico.

La HIA se divide según su presión en diferentes grados:

Grado I: 12-15 mmHg.

Grado II: 16-20 mmHg.

Grado III: 21-25 mmHg (cuando es 20mmHg o mayor, indica un estado crítico).

Grado IV: >25 mmHg.

La HIA también se clasifica en función de la duración de los síntomas: hiperaguda, aguda, subaguda y crónica.

La equivalencia entre mm de Hg y cm de H₂O es la siguiente: 1mmHg = 1,36cm H₂O.

Este valor es de gran utilidad en cirugías de pared abdominal, como son las hernias y eventraciones, entre otros. Se trata de un procedimiento que es función de enfermería, ya que son ellas quienes realizan el sondaje vesical con su esterilidad correspondiente, y la medición de la presión pre y postoperatoria de los pacientes que son intervenidos de cirugía abdominal. Y es de gran utilidad para evitar complicaciones postoperatorias tempranas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer qué es la presión intraabdominal y sus complicaciones.

Objetivos secundarios:

- Describir la técnica de medición de la presión intraabdominal y su importancia en el acto quirúrgico.
- Describir los beneficios de la medición de la PIA.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar y obtener información, para la posterior elaboración de este capítulo. Para ello, se buscan artículos, documentos, etc tanto en español como en inglés, con el empleo de DeCs y MeSH; y con los términos: “presión intraabdominal”, “PIA”, “cirugía abdominal”, “medición”, “enfermería”, “sondaje vesical”.

Las fuentes de datos más utilizadas han sido: Google académico, Pubmed y Dialnet.

Es cierto, que la medición de la presión intraabdominal se conoce desde hace ya más de un siglo y medio, pero hasta hace pocos años no se ha visto un interés por ella entre las publicaciones de ciencias de la salud. Es por ello que la mayoría de las publicaciones de artículos utilizados son muy recientes, desde el 2010 en adelante, la mayoría.

4 Resultados

Relación entre la PIA y la cirugía abdominal:

La anestesia que precisa un paciente que es sometido a una cirugía abdominal cuenta con las consecuencias del aumento de la presión intraabdominal que puede aparecer de forma gradual. Con PIA de 10mmHg el gasto cardíaco y la tensión arterial entran dentro de rangos de normalidad, pero el flujo arterial visceral descende. Una PIA de 15mmHg produce cambios cardiovasculares adversos, y si es de 20mmHg puede causar disfunción renal y oliguria. Mientras que una PIA de 40mmHg origina anuria. La hipovolemia va a ser quien más agrave el cuadro del paciente.

La pared abdominal participa en la mecánica ventilatoria, en la circulación de retorno y en la circulación estática del tronco. La pérdida de sustancia parietal y la protrusión de las vísceras provocan una disminución de la PIA, con un descenso y atonía del diafragma.

El momento más comprometedor se da durante la cirugía; la reintegración quirúrgica de las vísceras, posible bajo los efectos anestésicos y la relajación neuromuscular del paciente, rechazará el diafragma y provocará, tras el despertar de la anestesia una dificultad respiratoria que puede transformarse en distrés progresivo por aumento de la PIA. Este distrés respiratorio postoperatorio es la primera procedencia de la mortalidad en el tratamiento de las eventraciones grandes. Este acrecentamiento de presión se ve agravado por el cierre de la pared abdominal tumefacta e inelástica bajo tensión (con malla o sin malla). Además, en estos en-

fermeros la ventilación mecánica con capacidad pulmonar disminuida se traduce en un aumento de la presión intratorácica, lo que contribuye a un aumento de la PIA.

Los cierres forzosos de la cavidad abdominal se deben evitar, pero más aún en pacientes con eventraciones gigantes, hematomas retroperitoneales, edemas viscerales, infecciones intraabdominales graves, entre otros. Se debe considerar que en la reparación de una eventración gigante el valor de la presión vesical es un buen valor para el equipo quirúrgico, tanto para el anestesta como para el cirujano, durante el cierre de la pared abdominal de cara a la prevención de la hipertensión intraabdominal. Ya que si se conoce su valor se podrá pasar a reconocer la presencia de HIA y poder establecer un tratamiento adecuado a tiempo. Y el anestesta deberá de evitar que el paciente presente náuseas y vómitos, dolor, tos, hipo y distensión abdominal, entre otros.

Hoy en día es cada vez más frecuente la cirugía vía laparoscópica para la corrección de las hernias, y no son nada despreciables los efectos de la PIA producida por el neumoperitoneo. Manteniendo una PIA de 15mmHg durante una hora, el flujo sanguíneo en la mucosa yeyunal disminuye de modo considerable, comprobándose un incremento importante de la actividad metabólica intestinal.

Treinta minutos después de la desinsuflación abdominal acrecienta la producción de radicales libres en la mucosa intestinal, hígado, bazo y pulmón. Además, la deflación del flujo sanguíneo de los vasos epigástricos y la hipoxia tisular podrían explicar el aumento de las complicaciones de las heridas en pacientes con HIA.

Esta HIA puede causar de forma temprana acidosis de la mucosa intestinal, aún con presiones vesicales bajas, y esta hipoperfusión esplácnica provocaría el SCA, y finalmente el fallo multiorgánico.

Es por todo esto por lo que es de gran importancia el conocimiento de la presión intraabdominal a lo largo de la cirugía y en el postoperatorio.

Durante el intraoperatorio, se realizará más de una medición. La primera medición se debe realizar antes de la incisión quirúrgica para conocer la presión intraabdominal previa a la cirugía. Y la segunda medición se deberá de realizar una vez fijada la malla, y antes de proceder al cierre de la pared, para conocer la presión intraabdominal de la cavidad.

Procedimiento de sondaje vesical con sistema de urinómetro:

Enfermería deberá de realizar el sondaje vesical con la mayor asepsia posible, según el protocolo de cada unidad. Una vez realizado el sondaje se deberá conectar la bolsa colectora especial para la medición de la PIA, no debe ser la bolsa colectora habitual horaria. Se trata de un sistema cerrado que consta de una bolsa urinaria unida al medidor de diuresis horaria y de una regleta flexible que per-

mite medir la presión intraabdominal en mmHg; como es por ejemplo el conocido sistema Unometer Sufete Plus. Las dos partes se unen mediante un sistema de clampaje (clamp rojo), que lleva un filtro de aire antibacteriano que debe estar cerrado. Por ello, una vez extraído este sistema de la bolsa estéril se debe cerrar el clamp rojo, y conectar el dispositivo por un extremo a la sonda vesical.

Una vez conectado el sistema, se puede esperar al llenado espontáneo de orina, el que a veces ocurre instantáneamente. Si esto no acontece por oliguria, se puede purgar el sistema con 20 cm de suero fisiológico, habrá que recordarlo descontarlo después.

Después de realizar esto, y que el paciente esté colocado en la correcta posición para la cirugía, es decir, en decúbito supino, se podrá pasar a realizar la primera medición de la presión intraabdominal. Para ello, hay que recordar el pinzar el tubo del urinómetro, además, de la sonda vesical mientras que dure el purgado del sistema.

Técnica de medición:

- Paciente debe estar en decúbito supino, colocar el "0" entre la línea media axilar, a nivel de la cresta ilíaca o en la línea media de la sínfisis del pubis (se puede trazar una cruz para marcar el cero como referencia para futuras mediciones, no tan útil en intraoperatorio, ya que estará tapado con paños estériles, pero si igual en otras unidades).
- Es muy importante que el paciente este y se encuentre tranquilo y relajado.
- Antes de realizar la medición se debe cerrar el clamp para retener la orina.
- Colocar el cero de la regleta a la altura del cero que hemos medido y marcado en la piel del paciente. La regleta debe estar en posición vertical.
- Con la mano contraria, se debe abrir el clamp rojo, es decir, la válvula de aire, conservando el sistema lo más vertical posible. Y así poder medir la PIA al final de la espiración (se observa como desciende la columna de agua hasta que se detiene), esperando 20 segundos y recordar de pinzar el tubo del urinómetro al terminar.
- Al abrir la válvula se produce un intercambio de presiones, entre la cavidad abdominal y la atmosférica. Y la orina desciende hasta que se queda en una cifra de la columna de oscilando. Esta leve oscilación se debe a la respiración, y nos quedaremos con el valor más bajo que se debe al final de la espiración.
- Pinzar de nuevo el clamp del sistema de aire, antes de bajarlo para evitar que el filtro se moje y se colapse. Y desclampar el sistema para que pueda pasar la orina a la bolsa de diuresis.
- Dejar el dispositivo en el suelo, y fijar la sonda a la pierna del paciente para evitar accidentes.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas las causas por las que un paciente puede llegar a padecer hipertensión intraabdominal, por lo que la monitorización de la PIA es necesaria para un diagnóstico precoz. Además, la hipertensión intraabdominal puede variar dependiendo el grado de presión y la duración en la que se mantenga.

Por lo que un diagnóstico a tiempo nos evitará el desarrollo de un síndrome compartimental abdominal, de aquí la importancia de su medición. Siendo la medición intravesical, la elegida entre los profesionales sanitarios, por su seguridad, fiabilidad y bajo coste.

Es importante extremar las medidas de asepsia para evitar las posibles infecciones nosocomiales, ya que se trata de un sistema cerrado y un procedimiento mínimamente invasivo que precisa de una técnica estéril. La cual es función del profesional de enfermería.

En definitiva, la PIA es un parámetro de gran utilidad para la valoración evolutiva de pacientes sometidos a cirugía abdominal. Las cifras inferiores a 15cmH₂O reducen considerablemente la probabilidad de complicaciones abdominales.

6 Bibliografía

1. García Díaz, Araceli; Fueyo García, Paula; Rodríguez Rodríguez, Laura. Protocolo de medición de la presión intraabdominal (PIA). Manual de procedimientos de enfermería. Hospital universitario central de Asturias. Área sanitaria IV: Marzo 2017, edición 04. Disponible en; [http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Protocolo%20para%20la%20medicion%20de%20la%20Presion%20Intraabdominal%20%20%20\(PIA\).pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Protocolo%20para%20la%20medicion%20de%20la%20Presion%20Intraabdominal%20%20%20(PIA).pdf)
2. Collí Novelo, Lidia Beatriz; Tun González, Dallany Trinidad. Evaluación de la Presión Intraabdominal por el Método Intravesical. Práctica clínica. Desarrollo Científ Enferm. Vol. 19 N° 4 Mayo, 2011. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-144.pdf>.
3. Carrillo Esper, Raúl; Sosa García, Jesús Ojino. Presión intraabdominal: su importancia en la práctica clínica. Medicina Interna de México. Año 2010; Volumen 26 (N°1): 48-62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim101h.pdf>.
4. Bueno Aranda, Laura; Fleta Gálvez, Ángel. Monitorización de la presión intraabdominal a través de la medición intravesical. Revista Médica, Cuidados intensivos, cuidados críticos de enfermería. Año 2019. Disponible

en: <https://revistamedica.com/monitorizacion-presion-intraabdominal-medicionintravesical/>.

5. Figueiras Ramos, B.; Corona Martínez, LA; Bembibre Taboada, R.; Soler Morejón, C.; Rocha Hernández, JF; Fonseca Hernández, M. Hernández Rodríguez, YA. Valoración evolutiva de la presión intraabdominal en pacientes con cirugía abdominal.

Estudio clínico observacional. Revista Medicina Intensiva. Volumen 25, número 5. Páginas 187-193. Mayo 2001. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-valoracion-evolutiva-presion-intraabdominal-pacientes-articulo-13016547>.

Capítulo 69

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA SEPTOPLASTIA

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

MARÍA MARÍN SABARIEGO

JOAQUÍN PANCORBO MENA

1 Introducción

En este Plan de Cuidados, se presenta un caso clínico de un paciente masculino al que se le va a realizar una septoplastia (Intervención Quirúrgica) a causa de una desviación del tabique nasal (Diagnóstico Clínico). Se valora según las necesidades de Virginia Henderson, tomando en cuenta la taxonomía NANDA, obteniendo así los datos del paciente que nos ayudan a establecer las necesidades alteradas, para posteriormente realizar los diagnósticos de enfermería y satisfacerlas.

La septoplastia es una intervención quirúrgica que consiste en enderezar el hueso y el cartílago que dividen el espacio entre las dos fosas nasales, debido a la aparición de alteraciones en la forma o el crecimiento del tabique de origen congénito o traumático. Los principales síntomas que aparecen derivados de estas alteraciones son: dificultad para respirar por la nariz, dolores en la cara y en la cabeza, la sensación de sequedad nasal, la alteración de la mucosidad nasal y el favorecimiento del sangrado nasal. La intervención se realiza en el quirófano con anestesia general siendo necesaria la estancia en URPA durante unas horas después de la intervención. Es habitual que al finalizar la intervención, al paciente

se le coloque un taponamiento nasal impregnado en crema con corticoides durante un mínimo de 24 horas.

2 Objetivos

Exponer un Plan de Cuidados de Enfermería en un paciente quirúrgico mediante una valoración de necesidades de Virginia Henderson y la taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC).

3 Caso clínico

Presentación del caso clínico:

- Sexo: Varón.
- Fecha de nacimiento y edad: 25/10/1980, 42 años.
- Peso: 57kg.
- Talla: 164cm.
- IMC: 21'19.
- Hábitos tóxicos: fumador de 10 cigarrillos diarios.
- Profesión: repartidor.
- Religión: católico, no practicante.
- Hospitalizaciones previas: no.
- Intervenciones quirúrgicas: no.
- Alergias: NAMC.
- Alteraciones visuales/auditivas: no.
- Tratamiento domiciliario: pregabalina y mirtazapina.
- Tratamiento preoperatorio: Sueroterapia (prehidratación) - Plasmalyte 500mL.
- Antecedentes: trastorno adaptativo.
- Sangre reservada: No.
- Consentimientos: sí (anestesia y cirugía, sin exceder los 6 meses).
- Pruebas preoperatorias: sí (analítica y ECG).
- Prótesis: no.
- Tipo de anestesia usada en la operación: general, inducción con Propofol, Midazolam y Rocuronio. Sedoanalgesia mantenida con Remifentanilo y Propofol, y relajación con Rocuronio.

Valoración inicial:

Medida de las constantes vitales del paciente antes de la inducción anestésica:
FC: 64 lpm. FR: 18rpm. TA: 122/64mmHg. Sat O2: 100 %.

Datos de anestesia: Mallampati II y ASA II. (Orozco et al., 2010).

Valoración por necesidades humanas básicas de Virginia Henderson:

- Necesidad de oxigenación: alterada. Tiene las vías respiratorias permeables aunque la desviación del tabique le dificulta la respiración y le molesta. El ritmo, profundidad y frecuencia respiratorias son normales, se encuentra eupneico. Como hemos medido con anterioridad, tiene una frecuencia respiratoria en reposo de 18 respiraciones/min y una saturación de oxígeno del 100 %. Durante la operación se mantuvo al 100 % de saturación en VM con el modo AC/VC.
- Necesidad de nutrición: no alterada. Pesa 57kg y mide 164cm, su IMC es de 21'19. No precisa ayuda para alimentarse. Vive solo con su perro y se encarga de preparar todas las comidas, y de sus demás necesidades en general. Realiza una adecuada ingesta de líquidos, bebe agua con regularidad. No requiere ningún suplemento nutricional o la ayuda de cualquier tipo de sonda alimenticia. No tiene problemas de deglución. No refiere ninguna alergia alimenticia. No necesita la restricción de ningún alimento. Dentadura: no.
- Necesidad de eliminación: no alterada. No presenta incontinencia urinaria. No necesita cierta supervisión para ir al baño. Carece de sonda, estomas o drenajes.
- Necesidad de actividad/movilidad: no alterada. Se realiza el Índice de Barthel, la puntuación que se obtiene es de 100, por lo que es completamente independiente. No requiere de otra persona o dispositivo para la deambulaci3n. En cuanto a la actividad física, refiere ir andando a todos lados.
- Necesidad de reposo/sueño: no alterada El paciente descansa adecuadamente, cumple un mínimo de 8 horas. Se acuesta sobre las 23 h y se levanta a las 8h todos los días (aproximadamente). En contadas ocasiones tiene dificultad para conciliar el sueño.
- Necesidad de higiene y cuidados de la piel: no alterada. No necesita ninguna ayuda para lavarse, ducharse o asearse.
- Necesidad de vestido: no alterada. No necesita supervisi3n para vestirse. Lava y plancha su propia ropa.
- Necesidad de mantenimiento de la termorregulaci3n: no alterada. Mantiene una temperatura corporal adecuada, se viste de acuerdo al calor o frío que presente.
- Necesidad de seguridad y confort: no alterada. Se encuentra consciente y orientado, y no refiere ninguna alergia o intolerancia conocida.
- Necesidad de comunicaci3n y relaciones: no alterada. No consta de alteraciones visuales o auditivas. Casi siempre est3 acompañado de sus amigos, ya que goza de una gran vida social.

- Necesidad de ocio; de autorrealización; de aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad: no alterada. Estas tres necesidades se complimentan con su relación con sus familiares y amigos. Como ocio principal destaca sus paseos por la ciudad con su perro y los partidos de fútbol ocasionales con sus amigos y compañeros de trabajo.
- Necesidad de vivir según sus valores y creencias: no alterada. El paciente es creyente pero no practicante.

Plan de Cuidados según la Taxonomía NANDA-NOC-NIC (Diagnósticos, Objetivos e Intervenciones): (Moorhead et al., 2008) (Bulechek et al., 2008) (Herdman et al., 2014).

Riesgo de infección (00004) r/c destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental (incisión quirúrgica).

NOC: Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) - Indicadores:

(192402) Reconoce los factores de riesgo personales de infección: 2- Raramente demostrado. Puntuación actual: 2. Puntuación diana del resultado: aumentar a 5 (siempre). Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

(192413) Desarrolla estrategias efectivas de control de la infección: 3- En ocasiones. Puntuación actual: 3. Puntuación diana del resultado: mantener a 3 y aumentar a 5 (siempre).Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

NIC:

1. Protección contra las infecciones (6550) - Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

2. Control de infecciones (6540) - Actividades:

- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico.

Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c incisión quirúrgica.

NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) - Indicadores:

(110111) Perfusión tisular. 2-Sustancialmente comprometido. Puntuación actual: 2. Puntuación diana del resultado: aumentar a 4 (escasamente comprometido). Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

(110113) Piel intacta. 1-Gravemente comprometido. Puntuación actual: 1. Puntuación diana del resultado: aumentar a 3 (moderadamente comprometido) o 4

(escasamente comprometido). Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

NOC: curación de heridas: por primera intención (1102) à Indicadores:

(110202) Aproximación cutánea. 3-Moderado. Puntuación actual: 3. Puntuación diana del resultado: aumentar a 4 (sustancial).Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

(110204) Reducción de la secreción sanguinolenta de la herida. 3-Moderado. Puntuación actual: 3. Puntuación diana del resultado: aumentar a 4 (sustancial). Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

NIC

1. Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584) - Actividades:

- Proporcionar higiene y aseo, si precisa.
- Aplicar apósitos y/o geles hidrocoloides, si procede.
- Registrar grado de afectación de la piel.

2. Cuidados del sitio de incisión (3440) - Actividades:

- Realizar cura de la incisión de modo estéril.
- Mantener apósito limpio y seco.
- Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas.

Ansiedad (00146) r/c intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud m/p tensión facial y aumento de la frecuencia cardíaca.

NOC

Nivel de ansiedad (1211) - Indicadores:

(121107) Tensión facial: 2- Sustancial. Puntuación actual: 2. Puntuación diana del resultado: aumentar a 4 (escaso). Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

(121120) Aumento de la velocidad del pulso: 3- Moderado. Puntuación actual: 3. Puntuación diana del resultado: aumentar a 4 (escaso) o 5 (ninguno). Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

Autocontrol de la ansiedad (1402) - Indicadores:

(140216) Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad: 2- Raramente demostrado.

Puntuación actual: 2. Puntuación diana del resultado: aumentar a 4 (frecuentemente demostrado) o 5 (siempre demostrado). Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

(140217) Controla la respuesta de ansiedad: 3- A veces demostrado. Puntuación actual: 3. Puntuación diana del resultado: mantener en 3 y aumentar a 5 (siempre

demostrado).Tiempo previsto: desde el preoperatorio hasta el postoperatorio.

NIC:

1. Enseñanza prequirúrgica (5610) - Actividades:

- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimientos acerca de la cirugía.
- Evaluar el nivel de ansiedad del paciente/ser querido relacionado con la cirugía.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Proporcionar información acerca de lo que oír, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso.

2. Disminución de la ansiedad (5820) Actividades:

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Escuchar con atención.

4 Discusión-Conclusión

En los pacientes quirúrgicos no debemos olvidar nunca sus necesidades biopsicosociales, aunque en el ambiente de este servicio especial sean imprescindibles las actividades puramente técnicas de la enfermera circulante y la enfermera instrumentista. Dada la especificidad de los pacientes quirúrgicos, se hacen necesarios los planes de cuidados estandarizados en la hoja quirúrgica para que se establezcan una serie de diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones NIC que establezcan una serie de cuidados básicos y de calidad a seguir por todos los profesionales del bloque quirúrgico con la principal misión de llevar a cabo una intervención de manera humana, eficaz y eficiente.

5 Bibliografía

1. Herdman, H [et al.]. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2012-2014. Elsevier.
2. Moorhead S [et al.]. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.
- Bulechek G M[et al.]. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.
3. Orozco-Díaz, E., Álvarez-Ríos, J. J., Arceo-Díaz, J. L., & Ornelas-Aguirre, J. M. (2010). Predicción de intubación difícil mediante escalas de valoración de la vía aérea. *Cir cir*, 78(5), 393-399.

Capítulo 70

ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

NOELIA ÁLVAREZ RERO

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

Conocer cómo influye el consumo de tabaco con las muertes de cáncer de pulmón mediante la presentación de un caso clínico.

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 dos 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 ingresado en planta para ser tratado por el personal del hospital, puesto que el estado de nuestro paciente empeoró con respecto a la última vez. Una vez ingresado en planta la 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 en la UCI del hospital por un cáncer de pulmón.

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de pulmón pertenece al grupo de las neoplasias entre los tumores malignos que con mayor frecuencia se presentan en la actualidad. Este tipo de cáncer tiene como mayor relación al tabaco, seguido de otras no muy frecuentes como pueden ser las radiaciones, hidrocarburos, humo de leña doméstico, etc.

En la actualidad, los diagnósticos se pueden hacer gracias a la ayuda de diferentes técnicas como son: tomografía, medicina nuclear, RX, etc. que nos permiten hacer una clasificación TNM por estadios para precisar la naturaleza, pronóstico y una posible intervención quirúrgica con el objetivo de extirpar el tumor que sufra el paciente. Es importante el rol de enfermería en la concienciación de la población sobre lo perjudicial que es el tabaco y la importancia de dejar de fumar para evitar, entre otros problemas de salud, el cáncer de pulmón.

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%B3n-de-c%C3%A9lulas-peque%C3%B1as/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n>.

Capítulo 71

ENFERMERIA Y LA ALIMENTACIÓN FORZADA EN EL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ

1 Introducción

En la estrategia para la rehabilitación alimentaria, cualquier intervención nutricional, salvo en casos de extrema gravedad, debe basarse en la libre aceptación por parte del paciente. El tratamiento debe ser individualizado, planificado y consensuado. La dieta debe personalizarse inicialmente en función de los gustos, apetencias y tolerancia de los alimentos. La ampliación de la dieta se planificará de acuerdo al logro de los objetivos ponderales consensuados y dirigida a la consecución de una dieta saludable, equilibrada, variada y suficiente. Los objetivos ponderales han de ser objetivos cortos, progresivos y lentos explicando las variaciones previsibles y razones de las mismas especialmente el comportamiento del agua en la ganancia ponderal de los primeros días. Simultáneamente a la progresión dietética se irá desarrollando el proceso educacional que justifique la incorporación de los alimentos y el efecto deseado.

La expresión tratamiento forzado suele referirse al ingreso involuntario y puede confundirse con alimentación forzada, aunque el primero no debe implicar lo segundo, siendo preferible, tras un ingreso involuntario, el trabajo del personal de enfermería en lo que a la realimentación se refiere. De hecho, se ha señalado que la alimentación enteral forzada puede dañar la relación terapéutica, si bien hay opiniones que han defendido lo contrario en casos de extrema necesidad.

La alimentación forzada parece contemplarse como un último recurso dado el conflicto que supone entre la autonomía de los pacientes y la obligación asistencial del equipo terapéutico, involucrando además, en muchos casos, a la familia de aquéllos. En muchas ocasiones, el rechazo de un paciente a ser alimentado no es un problema de falta de capacidad, sino de falta de competencia (el paciente conoce los riesgos de no ser alimentado y tiene capacidad para razonar, pero rechaza el tratamiento, por miedos de muy diversa índole), por lo que a la hora de valorar la posible alimentación forzada debe tenerse en cuenta no sólo la capacidad sino, ante todo, la competencia, algo, por otra parte, no bien delimitado. En general, el tratamiento forzado es más probable en pacientes crónicos, con ingresos repetidos, con patología psiquiátrica asociada, bajo índice de masa corporal (IMC) y más patología médica asociada (lo que conlleva más probabilidad de padecer un síndrome de realimentación). En estos pacientes resulta mucho más probable la alimentación forzada, aunque en general este tipo de tratamiento forzado suele usarse moderadamente en las unidades de tratamiento.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados a una paciente con trastorno de conducta alimentaria mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 24 años, soltera, vive con su madre, padres separados desde hace tres años, comenzó estudios Universitarios de psicología, que no terminó. Le gusta mucho el arte y las manualidades.

Presenta cuadro de ingesta compulsiva y vómitos postprandiales con cuadro de desnutrición calórico proteica, su peso habitual es de 42 Kg, y ha llegado a pesar en algunos momentos 32 kg.

La enfermedad comienza a los 15 años, con evolución del cuadro psicopatológico tórpido, los vómitos le han provocado cuadro de desnutrición y osteoporosis.

En el 2000 ingreso hospitalario en psiquiatría trasladada desde endocrinología, Unidad de Trastornos de conducta Alimentaria (U.T.C.A.) para intentar controlar mejor su conducta y trastorno alimentario, presenta ingesta compulsiva con vómitos postprandiales y alteración en el campo conductual y de la afectividad, con intensa ansiedad, insomnio, tristeza y dismorfofobia. La sintomatología obsesiva ha derivado hacia una neurosis obsesiva (trastorno obsesivo compulsivo) con rituales y rumiaciones obsesivas, que dificultan el tratamiento.

IMC 17, TA y FC normales, afebril y resto de exploraciones bioquímica, perfil lipídico, sedimento urinario, hemograma, normales. Se prescribe dieta normocalórica, antidepresivos y apoyo psicológico, más tarde sonda nasogástrica, dada la escasa ganancia corporal y la presencia de vómitos, no obstante el IMC, no sube más de 17,5 kg/m². Se han comentado con la paciente las convicciones erróneas, la imagen corporal y el proceso de maduración de su personalidad así como los conflictos intrínsecos a la misma.

Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y trastorno de personalidad Anancástica con rasgos histriónicos de personalidad. Cuadro de evolución tórpida a pesar de haber sido tratada en UTCA, tratamiento farmacológico seguido en distintos periodos: seroxat, rohipnol, manerix, rivotril, anafranil, meleril, tranxilium 50, noctamid, orfidal, neogynona, pentaset, medebiotin forte.

En la actualidad continúa en tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

No debe establecerse el objetivo ponderal en base a un peso fijo ideal sino a rangos de índice de masa corporal (IMC) o tablas de talla/edad/sexo/constitución. Para ello es de utilidad el conocimiento de los datos antropométricos obtenidos en el propio paciente respecto a la población sana. En pacientes con IMC < 18 se puede proponer ganancias de 500 g/ semana y en menores índices entre 700 a 1 kg/semana. Debemos siempre individualizar y flexibilizar los objetivos pero siempre actuar con firmeza en el cumplimiento de los mismos.

El éxito o el fracaso de los objetivos ponderales y nutricionales pactados deben ser recompensados o sancionados y utilizarse como un motivo de concienciación del paciente en cuanto a su situación. Del resultado se podrá optar desde una alimentación natural domiciliaria hasta una alimentación artificial por sonda nasogástrica y en régimen de hospitalización.

5 Bibliografía

1. Camarero González E, Mijan De La Torre. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Tratado de Nutrición Artificial. 2ª Ed. Aula Médica, 2010; II: 401-422.
2. Comisión de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Clínico. Granada, 2002. Disponible en: www.hsc.sas.junta-andalucía.es/nutricion.
3. Gómez Enterría P y Martínez C. Trastornos del comportamiento alimentario del paciente con anorexia nerviosa. En: Manual de Recomendaciones Nutricionales al Alta Hospitalaria, cap. 13, NovartisConsumerHealth, 2001.

4. Manual of Clinical Dietetics. The American Dietetic Association. 7ª edición
2014; 634-638.

Capítulo 72

RADIODERMITIS POR RADIOTERAPIA

CRISTINA FERREIRO PELÁEZ

BEATRIZ GARCIA MENENDEZ

ANDREA VIEJO GONZÁLEZ

VANESA ALONSO GONZÁLEZ

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

1 Introducción

El cáncer continúa siendo una de las principales causas de muerte en nuestro país.

La Radioterapia es uno de los tratamientos más comunes utilizados para tratar esta enfermedad. Utiliza altas dosis de radiación para destruir las células cancerosas y reducir los tumores, el principal problema es que este tipo de tratamiento no distingue entre células cancerosas y células sanas, por lo que puede llegar a dañar éstas últimas provocando Radiodermatitis, el principal efecto secundario provocado por la Radioterapia.

La Radiodermatitis es la inflamación aguda o crónica de la piel debido a la exposición a radiaciones ionizantes. Aparece en el 95% de pacientes sometidos a Radioterapia. La reacción puede ser mayor o menor dependiendo, entre otros, del tipo de radiación, área a tratamiento, administración concomitante con Quimioterapia, etc. Puede aparecer como una leve molestia o incluso puede que provoque la interrupción del tratamiento teniendo que realizar curas diarias por el personal de enfermería.

Se manifiesta como un eritema inicial seguido de descamación, edema, erosión o incluso úlceras.

Según el grado de afectación, se clasifica de la siguiente manera:

Grado 0: no hay síntomas.

Grado 1: eritema o descamación.

Grado 2: dermatitis seca, prurito, fisuras y dolor.

Grado 3: dermatitis húmeda, edema.

Grado 4: necrosis.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Observar como afecta el tratamiento al paciente sometido a Radioterapia.

Objetivos secundarios:

- Conocer el tratamiento para tratar la Radiodermitis.
- Describir como prevenir la Radiodermitis por Radioterapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica basándose en artículos publicados en las principales bases de datos como Medline y Elsevier, así como una revisión de la literatura a partir de la búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados en PubMed.

4 Resultados

El principal tratamiento que debemos utilizar frente a la Radiodermitis por Radioterapia es la prevención.

Existen una serie de medidas que deben ser utilizadas con los pacientes previas al tratamiento, que van encaminadas a proteger y preservar la piel radiada y son fundamentalmente:

- La hidratación cutánea mediante cremas específicas y una buena ingesta de líquidos.
- Una nutrición equilibrada que previene los estados carenciales que repercuten a nivel cutáneo pudiendo provocar una pérdida de elasticidad.
- Una higiene adecuada utilizando jabones Ph neutros que no alteran la barrera de la piel.

- Proteger la piel tratada frente a los Rayos UV, utilizando siempre protección solar.

Como hemos indicado anteriormente, la prevención mediante la hidratación es el principal método para minimizar la Radiodermatitis provocada por el tratamiento con Radioterapia.

No existen ensayos con suficiente evidencia para demostrar el beneficio de utilizar un producto sobre otro. Los tratamientos tópicos pueden ayudar a mejorar la sintomatología y favorecer la curación sobre todo en el tratamiento de la Radiodermatitis aguda. Los más empleados son:

- Emolientes como la Urea, Aloe Vera, ácido Pantotético, utilizados para evitar la descamación. El uso de manzanilla como antiinflamatorio se emplea par aliviar la sintomatología de la radiodermatitis Grado 1.
- Protectores de barrera como el Sucralfato para estimular el crecimiento celular.
- Ácido Hialurónico que interviene en los procesos de cicatrización.
- Corticoides tópicos utilizados como antiinflamatorio para aliviar el prurito
- Los hidrogeles e hidrocoloides favorecen la cicatrización y protegen la piel. Estarán indicados en dermatitis húmedas.
- Tratamiento antibiótico si se produce sobreinfección.
- Tratamiento antihistamínico si se produce prurito persistente que no cede con los corticoides.

En las lesiones de radiodermatitis crónica, llegar a la curación es difícil ya que no existe tejido de granulación, por lo que puede llegar a ser necesario un desbridamiento quirúrgico o injerto de piel sana.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios y modificaciones en la piel radiada pueden llegar a afectar la calidad de vida de los pacientes provocando molestias, dolor, quemazón, irritación y prurito.

Los pacientes pueden sufrir serias dificultades para mantener su imagen personal teniendo problemas para usar su ropa habitual o reacciones visibles para otros como la pérdida de cabello, dificultades para movilizar la zona, cambios en el color y aspecto de la piel de la zona tratada.

El número de pacientes diagnosticados de cáncer que sobreviven cada vez es mayor y requiere que el impacto de los tratamientos administrados en los tejidos sanos sea el menor posible.

Es de gran importancia que el personal de enfermería tenga conocimiento sobre el manejo y valoración de las reacciones cutáneas producidas por la Radioterapia.

Los objetivos en el cuidado de la radiodermatitis incluyen:

- Mantener la integridad cutánea.
- Realizar una correcta limpieza.
- Reducción del dolor.
- Protección frente a posibles traumatismos.
- Prevención y manejo de las infecciones.
- Promoción de un ambiente húmedo en la curación de heridas.

6 Bibliografía

1. Conceptos básicos de la radioterapia. American Cancer Society [Internet]. [Citado 27 de Mayo de 2019] Disponible en: <http://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>.
2. Protocolo de cuidados de enfermería en el tratamiento de la radiodermatitis [Rev Rol Enferm.2016]-Medes [Internet]. [Citado 16 de Mayo de 2019] Disponible en: <http://medes.com/publication/108319>.

Capítulo 73

ANESTESIA RAQUÍDEA: FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE ANESTESIA

LAURA FERNÁNDEZ SOLER

1 Introducción

La elección del tipo de anestesia que se llevará a cabo en las intervenciones quirúrgicas está determinado por la escala ASA-PS (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification); la cual en la función del estado físico del paciente, el riesgo anestésico, la duración de la cirugía y las preferencias del anestesista y cirujano permite establecer qué técnica anestésica tendrá menor riesgo y será más favorable para la cirugía y posterior recuperación del paciente. Podemos distinguir varios tipos de anestesia: general o locorregional. En la anestesia locorregional se anula la sensibilidad de una región y/o de uno o más miembros del cuerpo y a diferencia de la general, esta es menos invasiva, la recuperación postoperatoria es más rápida y permite que el paciente esté consciente durante la cirugía.

Dentro de la anestesia locorregional podemos encontrar dos subtipos:

1. Troncular: se anula la sensibilidad de un nervio o plexo nervioso.
2. Neuroaxial: bloquea el impulso doloroso a nivel de la médula espinal. Se divide a su vez en: epidural o peridural e intradural o raquídea. Los fármacos más usados para realizar estas técnicas anestésicas pertenecen al grupo de las amidas entre los que se encuentran: la lidocaína, bupivacaína, levobupivacaína, etc.

El papel de la enfermera de anestesia en el bloque quirúrgico es importante ya que se encarga no solo de la recepción del paciente sino que también asistirá al anestesista para realizar la técnica anestésica con éxito.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la anestesia raquídea.

Objetivos secundarios:

- Explicar la colocación del paciente para llevar a cabo la anestesia raquídea.
- Establecer cuales son las funciones de la enfermera de anestesia en esta técnica.
- Enumerar el material necesario para realizar la técnica anestésica.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en varios buscadores de carácter científico, entre los que se encuentran Elsevier y revistas científicas. Empleando para la búsqueda los siguientes descriptores de salud: Spinal Anesthesia y Nurse Anesthetists.

4 Resultados

Se define la anestesia raquídea como la administración de un anestésico local, siendo el fármaco de preferencia la bupivacaina acompañado de coadyuvantes, en el espacio subaracnoideo o intradural con el objetivo de conseguir anular el estímulo sensitivo, motor y autónomo o simpático. En esta técnica el facultativo anestesia localmente la piel y tejido celular subcutáneo y posteriormente, a través de una punción medial o paramedial con la aguja raquídea a nivel de los espacios intervertebrales L3-L4 llega al espacio subaracnoideo donde inyecta la bupivacaína. La baricidad del fármaco, es decir, que se utilice bupivacaina isobara o hiperbara dependerá de la duración de la intervención y el efecto deseado. Algunas ventajas de esta técnica anestésica es que se mantiene la permeabilidad de la vía aérea, el paciente está consciente y se ha registrado menor incidencia de trombosis venosa profunda. Sin embargo, las posibles complicaciones están relacionadas con la cardiotoxicidad y neurotoxicidad de los anestésicos locales y las relacionadas con la propia técnica como la hipotensión arterial, cefalea, lumbalgia... (1)

Para llevar a cabo la técnica de anestesia raquídea con éxito es necesaria una correcta colocación del paciente en la mesa quirúrgica. Existen dos posicionamientos; una opción sería colocar al paciente en el borde de la cama en sedestación con las piernas colgando a la par que encorva el tronco y acerca la barbilla al cuello.

Mientras que la otra colocación posible sería en decúbito lateral o posición fetal (2).

Entre las funciones de la enfermera de anestesia se encuentran la recepción del paciente, que consiste en realizarle una serie de preguntas incluidas en el checklist quirúrgico de cara a conocer ayunas, posibles alergias medicamentosas, retirada de objetivos metálicos.. y posteriormente llevará a cabo la monitorización, canalización de vía venosa periférica y administrará la profilaxis antibiótica correspondiente (3).

En lo que respecta a la técnica de anestesia raquídea, la enfermera de anestesia debe colaborar en la correcta colocación del paciente así como en la preparación del material necesario y será la responsable de asistir al anestesta para que la técnica sea exitosa. Para realizar la anestesia raquídea existe una serie de material fungible que incluye un paño adhesivo, un paño fenestrado y una capsula para establecer el campo. Además, la enfermera también debe proporcionar al anestesta el siguiente material (1):

- Antiséptico y gasas para limpiar y desinfectar la zona de punción.
- Guantes estériles.
- Dos jeringas: una de 5cc y otra de 10cc.
- Tres agujas: intravenosa, subcutánea e intramuscular.
- Aguja raquídea.
- Anestésico local; generalmente lidocaína al 1 % o 2 %.
- Anestésico raquídeo: Bupivacaina.
- Apósito.

Una vez realizada la técnica anestésica se debe esperar unos minutos para después comprobar que la zona carece de estímulos sensitivos y así proceder a la cirugía de manera segura e indolora para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La anestesia raquídea ha demostrado ser una técnica anestésica segura y eficaz para el paciente, y por ello sino existe contraindicación es la técnica de elección en cirugías de miembros inferiores. Pudiendo acompañarse además con bloqueos de plexos nerviosos periféricos cuya conjunción permite mejora aún más el dolor postoperatorio. En conclusión, pese a los posibles efectos adversos descritos anteriormente la anestesia raquídea acompañada de una leve sedación continúa siendo la técnica a elegir ya que entre sus ventajas cabe destacar la posibilidad de mantener una conversación coherente con el paciente, no es necesario aislar

la vía aérea, permite saber cómo se encuentra durante la intervención, si tiene dolor y su estado general durante todo el tiempo quirúrgico.

6 Bibliografía

1. Rousseau L, Raucoules-Aimé M, Rozier R. Anestesia en cirugía ortopédica. EMC- Anestesia-Reanimación [Internet]. 2021; Jan 1;47(1):1–16.
2. Henry Paúl Chasi. Anestesia epidural s anestesia raquidea: ¿Qué debes conocer?. Elsevier [Internet]. 2017; Dec. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/anestesia-epidural-vs-anestesia-raquidea-que-debes-conocer>.
3. NHS England. Decade of improved outcomes for patients thanks to Surgical Safety Checklist. News [Internet]. 2020; Jan 2019:1–5. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/2019/01/surgical-safety-checklist/>.

Capítulo 74

RELACIÓN ENTRE EL TABACO Y CÁNCER VESICAL COMO FACTOR DE RIESGO ES EL PACIENTE INTERVENIDO DE CISTECTOMÍA RADICAL

JOAQUÍN PANCORBO MENA

MARÍA MARÍN SABARIEGO

MARÍA HIDALGO SÁNCHEZ

1 Introducción

En el cáncer vesical, es la vejiga la parte del sistema urinario que puede resultar más afectada, con un crecimiento incontrolado de las células de su tejido. Es una enfermedad neoplásica producida en el urotelio. El cáncer es un aumento rápido y anormal de las células de algún tejido específico del organismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define así: “Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. El tabaco es el factor de riesgo principal de riesgo que puede ser modificable, supone triplicar el riesgo de padecer esta enfermedad. Conociendo estos datos estudiaremos la relación de la incidencia del cáncer de vejiga con el tabaco como factor de riesgo. La prevención primaria del cáncer de vejiga es de gran importancia, ya que es un problema que causa un elevado coste sanitario y cuyos factores de riesgo son modificables y, por tanto, pueden prevenirse.

Esta patología suele presentarse en personas con una edad media de 70 años, aunque también existe una alta incidencia en personas más jóvenes. Lo cual se debe, en parte, en la mayoría de casos a los factores de riesgo modificables. El tabaco, que supone un riesgo 3 veces mayor de padecer esta enfermedad. Además pueden existir otros factores de riesgo modificables y no modificables, y siempre tener en cuenta una cierta predisposición genética.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la relación de la incidencia del cáncer de vejiga con el tabaco como factor de riesgo.

Objetivos secundarios:

- Describir los factores de riesgo que podemos relacionar con cáncer de vejiga.
- Valorar el papel en el que interviene enfermería tras la cirugía en un paciente intervenido de cistectomía radical con derivación tipo “bricker”.
- Crear un plan de cuidados determinado de un paciente con cáncer de vejiga intervenido de cistectomía radical siguiendo los diagnósticos. enfermeros del NANDA, intervenciones del NIC y resultados enfermeros del NOC, así como la red de razonamiento del modelo AREA.

3 Caso clínico

Paciente varón de 45 años de edad con antecedente de tumor vesical infiltrante, portador de nefrostomía izquierda, que ingresa en quirófano para la realización de cistectomía radical. Actualmente fumador de un paquete de tabaco diario desde hace 12 años.

El estudio se realizó en el Servicio de quirófano de un hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga durante el periodo de trabajo. La recogida de datos comenzó accediendo a la historia clínica en el momento de la intervención quirúrgica en el servicio de quirófano. Se ha utilizado la técnica de entrevista personal, y la valoración de enfermería mediante los 11 patrones de Margory Gordon (Gordon, 2007) con examen físico.

Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: Scielo, PubMed, Elsevier y NNN Consult. Utilizando los descriptores: Neoplasias de la Vejiga Urinaria, Enfermedades de la Vejiga Urinaria, Neoplasias, Tabaco, Tabaquismo, Cistectomía.

Antecedentes personales:

- No alergias conocidas.
- No DM, no RAM, no HTA, no DL.
- Fumador de un paquete de tabaco diario desde los 15 años.
- Hábito enólico social.
- Niega otros antecedentes médicos de interés.
- Niega antecedentes quirúrgicos previos.
- AP: carcinoma vesical (carcinoma urotelial de alto grado estadio pT2) tratado con QT/RT y RTU en 2018. En seguimiento por Oncología: última revisión en junio 2021.
- ASA: I.
- Tratamiento crónico: no refiere.

Manejo de la salud:

- Motivo de ingreso: intervención programada.
- No alergias conocidas.
- No DM, no HTA, no DLP.
- Antecedente de tumor vesical infiltrante, portador de nefrostomía izquierda por hidronefrosis, ingresa para la realización de cistectomía radical
- Carcinoma de vejiga, hidronefrosis izquierda.
- Fumador de un paquete de tabaco diario desde los 12 años.
- Hábito enólico social.
- No otros antecedentes médicos de interés.
- No antecedentes quirúrgicos previos.
- AP: Ca vesical (carcinoma urotelial de alto grado estadio pT2) tratado con QT/RT y RTU en 2017. En seguimiento por Oncología: última revisión en Mayo 2021.

4 Discusión-Conclusión

Con este estudio realizado hemos podido analizar de forma general los principales factores de riesgo que pueden sufrir cáncer vesical y con ello tener una visión global sobre qué hábitos o conductas poco recomendables debería realizar un paciente para prevenirlo o para evitar sus efectos adversos una vez lo padece. Nos hemos centrado en el estudio del tabaco como principal factor de riesgo, ya que nuestro paciente es un gran fumador y se ha demostrado que el riesgo es directamente proporcional en este tipo de cáncer.

El número de casos de cáncer vesical se está incrementando, por lo que podemos encontrar cada vez, un mayor problema de salud en la actualidad. El principal

factor de riesgo del cáncer vesical es el tabaco como así demuestran varios estudios. En el caso de mi paciente es un gran fumador desde hace muchos años, lo que demuestra la gran proporcionalidad que tiene el tabaco en relación con este cáncer. Para ello, enfermería debe de estar cualificada y poseer los conocimientos necesarios para la educación del paciente y familiares para promover el correcto autocuidado y prevenir esta patología o, por el contrario, afrontar esta nueva situación que causa un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Gracias a la elaboración del plan de cuidados del proceso enfermero hemos podido establecer el protocolo de actuación en Enfermería y tener un orden en los cuidados a realizar al paciente, ya que es de gran importancia priorizar los cuidados que se prestan para saber cuáles requieren ser atendidos antes que otros.

5 Bibliografía

1. ÁlavaIntriago, Z. D. (2021). Proceso de atención de enfermería en adulto mayor con Cáncer de Vejiga (Bachelor'sthesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2021).
2. Chernobilsky, V. (2017). Tratamiento para el Cáncer de Vejiga. *The Journal of Urology*, 197(5), 1189-1199.
3. González Alcolea, I., Castedo Martínez, O., Paredes Del Pino, E., Martín Nieto, L., Hidalgo González, C., & Tomé Barba, R. (2016). Cistectomía radical tipo Bricker ubicada en cuadrante izquierdo. Caso clínico. *Enfuro: Rev. Asoc. Esp. ATS Urol*, 34-36.

Capítulo 75

ENFERMERÍA: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

MARIA CRISTINA PEREZ MAHIA

1 Introducción

La insuficiencia respiratoria se define como la incapacidad de poder mantener un adecuado equilibrio entre el aporte de oxígeno a los tejidos y la eliminación del dióxido de carbono, ocasionando el descenso de la concentración de oxígeno en la sangre (hipoxia) y/o un aumento de dióxido de carbono (hipercapnia).

Por lo tanto, la insuficiencia no es una enfermedad en sí, sino la consecuencia final de otras patologías. La clasificación se puede establecer por el tiempo de instauración y el estado previo del pulmón. Siguiendo este criterio, se diferencian dos tipos de insuficiencia respiratoria:

- La insuficiencia respiratoria aguda (IRA), que se instaura en pocas horas y se da en pacientes con pulmones sanos.
- La insuficiencia respiratoria crónica (IRC), que tarda meses o años en desarrollarse y siempre se produce en pacientes que tienen pulmones patológicos.

Entre las principales enfermedades que pueden producir una insuficiencia respiratoria en pacientes con pulmones sanos se encuentran las enfermedades neuromusculares, neurológicas o síndrome de hipoventilación por obesidad (SHO). Por otra parte, los pulmones patológicos pueden desarrollarse en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía o los diferentes grados de asma, lo que ocasiona de igual forma insuficiencia respiratoria.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste la insuficiencia respiratoria.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El paciente que cursa con insuficiencia respiratoria suele desarrollar diferentes manifestaciones clínicas, dependiendo del tipo de insuficiencia respiratoria y su origen. A nivel general, los síntomas son:

- Disnea: es la sensación subjetiva del paciente que siente dificultad para respirar.
- Cianosis. se trata de una coloración azulada de la piel debido a la falta de oxígeno.
- Sibilancias: sonidos agudos producidos durante la respiración cuando las vías respiratorias se encuentran parcialmente bloqueadas.
- Sensación de somnolencia y cansancio continuo debida a los altos niveles de dióxido de carbono circulantes en sangre.
- Tos ocasionada por irritación de la mucosa.
- Afectación cardíaca mediante irregularidades en el ritmo del corazón (taquicardias y bradicardias) que pueden llegar a causar arritmias.
- Afectaciones cerebrales como mareos, confusión, convulsiones o cefalea, debido a que no llega oxígeno en cantidades suficientes y no se pueden llevar a cabo las funciones con normalidad.

El paciente con patología respiratoria debe tener un estado nutricional adecuado. Como hemos introducido anteriormente, diferentes estudios relacionan el estado de malnutrición con enfermedades respiratorias. Se ha confirmado que el estado de malnutrición influye negativamente en varios aspectos del sistema pulmonar. Por un lado, afecta en la estructura, elasticidad y funcionamiento de los pulmones; en la masa, fuerza y resistencia de los músculos respiratorios (principal-

mente el diafragma); a la defensa inmunitaria de los pulmones; y, por último, al control del proceso de respiración.

Entre las consecuencias de la malnutrición en pacientes con patología respiratoria, se encuentran:

- Pérdida de peso, relacionada con un mal pronóstico de la enfermedad.
- Alteración del sistema inmunitario, ocasionando un mayor riesgo de infecciones respiratorias.
- Desnutrición de pacientes hospitalizados, susceptibles de estar ingresados más tiempo y con riesgo de mayor morbilidad y mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste la insuficiencia respiratoria.

Se sabe que se define como la incapacidad de mantener un adecuado equilibrio entre el aporte de oxígeno a los tejidos y la eliminación del dióxido de carbono, ocasionando el descenso de concentración de oxígeno en la sangre (hipoxia) y/o un aumento de dióxido de carbono (hipercapnia). Además, se distinguen dos tipos de insuficiencia respiratoria: La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y La insuficiencia respiratoria crónica (IRC).

También se han especificado cuales son los principales síntomas de esta enfermedad y cuales son las consecuencias de una malnutrición en los pacientes que sufren esta patología.

6 Bibliografía

1. Insuficiencia respiratoria - Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (21 diciembre 2021) <https://medlineplus.gov/spanish/respiratoryfailure.html#:text=La%20insuficiencia%20respiratoria%20es%20una,pulmones%20se%20llenan%20de%20ox%C3%ADgeno>.
2. Tratamiento de la insuficiencia respiratoria - M. Ferrer (Septiembre 2001) <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tratamiento-insuficiencia-respiratoria-aguda-13018822>.

Capítulo 76

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL

ANDREA MORAL BELMAR

ANA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda a través del meato uretral hasta la vejiga, con el objetivo de crear una vía de drenaje, temporal, permanente (sonda vesical estéril de un solo uso hasta que se resuelva el motivo que provoca el cateterismo) o intermitente (consiste en la introducción de una sonda vesical estéril de un solo uso de longitud suficiente para drenarla) desde la vejiga al exterior con finalidad terapéutica o diagnóstica:

- Retención urinaria.
- Intervención quirúrgica.
- Control de la diuresis.
- Obtención de muestras estériles.
- Introducir medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos.

Las infecciones intrahospitalarias tienen lugar tanto en el ingreso como en la estancia hospitalaria, estando en su mayoría relacionadas con el manejo del cuidado sanitario. A lo largo de la historia nos han acompañado las infecciones intrahospitalarias siendo un problema y preocupación para las instituciones sanitarias y organizaciones de salud pública a nivel mundial, por las implicaciones económicas, sociales y humanas.

En torno al 10-15 % de los pacientes hospitalizados requieren un sondaje vesical, siendo una técnica con un alto riesgo de provocar una infección urinaria. El 80% de los casos de infección urinaria está relacionada con el catéter vesical.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento y la técnica correspondiente del sondaje vesical.
- Conocer los diferentes objetivos de la colocación del sondaje vesical.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos, “Google Académico”, “Scielo”, “Medline”, “Pubmed”. Para la realización de la búsqueda bibliografía se han utilizado como criterios “Sonda Vesical”, “ Enfermería”, “Cuidados”, “Protocolo enfermería”, “Técnica”, “Procedimiento”, “Infección del tracto urinario” e “Infección”.

4 Resultados

Procedimiento:

Hombres: decúbito supino, piernas rectas, posición horizontal, paño estéril sobre sus piernas.

Mujeres: decúbito supino, piernas abiertas, flexionadas, posición horizontal y un paño estéril debajo de los genitales.

Material:

- Mesa auxiliar, carro o batea.
- Cuña.
- Guantes de un solo uso y estériles.
- Agua, jabón y gasas estériles.
- Solución de Clorhexidina 0,02%.
- Paño estéril.
- Lubricante hidrosoluble.
- Dos jeringas de 10 CC.
- Ampolla de agua destilada estéril para inflar el globo sonda vesical.
- Sonda vesical estéril. Tipo y número.
- Bolsa colectora estéril de circuito cerrado.
- Colgador de bolsa de orina.

Técnica sondaje vesical:

- Llevar a cabo las medidas pertinentes para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad e higiene.
- Lavado de manos.
- Higienización de manos con solución alcohólica y colocación de guantes estériles.
- Preparación del campo estéril y material necesario.
- La manipulación del catéter siempre se realizará de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.
- Conectar el catéter al sistema colector. Usar sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa.
- Si paciente varón: Sujetar el pene con una gasa, colocarlo en posición vertical y retraer el prepucio.
- Lubricar catéter y uretra abundantemente.
- Ejerciendo una pequeña tracción, introducir el catéter suavemente hasta que salga la orina. No forzar, para evitar provocar una falsa vía.
- Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflara el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril) y se traccionará levemente, hasta nota resistencia, para asegurar su anclaje.
- Limpiar el glande de residuos.
- Fijar la sonda en la cara anterior del muslo después de su inserción para evitar el movimiento.
- La bolsa colectora quedará fijada al soporte.
- Lavado de manos tras la finalización de la técnica.

5 Discusión-Conclusión

La correcta realización del sondaje vesical de forma controlada en tiempo, espacio y lugar, incide eficientemente en el control de las complicaciones. Siendo esta técnica esencial para la mejora de la práctica clínica de enfermería, influyendo en el número de infecciones del tracto urinario.

Así pues el papel del personal de enfermería en este tipo de procedimientos es clave a la hora de prevenir infecciones del tracto urinario provocado por el sondaje vesical. Por lo que se debería tener en cuenta un mantenimiento y una vigilancia estrecha en aquellos pacientes más vulnerables y así pues promover mejoras en el cuidado de estos pacientes para mejorar la calidad de vida de los mismos.

6 Bibliografía

1. Jiménez Mayorga, I.; Soto Sánchez, M.; Vergara Carrasco, L. et al.. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas,[Internet] 2010; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf>.
2. Asensio Martín J., Valverde Martínez S., González Falcón, DE, Morales Beloso DA, Sastre González, R. Sondaje vesical. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. [Internet]2017.24(10), 596-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207217301640>.
3. Arcay Ferreiro, E., Ferro Castaño, AM., Fernández González, B. et al. Sondaje vesical: protocolo de Enfermería. Enfuro.[Internet] 2004 (90), 7-14. Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:yvfjNz77jCIJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,

Capítulo 77

CLASIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA MARTÍNEZ PÉREZ

ANDREA MORAL BELMAR

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un tipo de lesión en la piel que se produce tras un proceso de presión constante durante un largo periodo de tiempo lo que causa falta de riego sanguíneo. Este tipo de lesiones son las más comunes a nivel hospitalario en pacientes de edad avanzada que pasan mucho tiempo encamados o en pacientes que debido a la enfermedad que padecen les hace estar inmovilizados. Se clasifican en varios estadios según el grado de afectación de la piel, son un total 4 estadios o grados, el último es el más agresivo, puede poner en riesgo la vida del paciente por causar una infección en la misma o incluso llegar al torrente sanguíneo y causar una sepsis que si no se consigue tratar a tiempo o el sistema inmune no es capaz junto con tratamiento llega a producir la muerte. Los pacientes que padecen UPP tienen mayor riesgo de muerte sin tener en cuenta si tienen otras patologías.

Este tipo de úlceras por presión conllevan un gran deterioro a nivel de salud y calidad de vida de las personas con edad avanzada. Por ello se pretende dar a conocer las nociones básicas de la prevención o tratamiento de las mismas.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de úlceras por presión.

- Conocer las formas de prevención de las mismas tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos publicados en las principales bases de datos como son Scielo, Medline, Pubmed. Se han seleccionado como criterios “úlceras”, “UPP”, “tipos de UPP” y “cuidados”.

4 Resultados

Las úlceras por presión se producen principalmente por la falta de movimiento y mantenimiento de una misma postura que ejerce fuerza sobre una zona y produce la falta de riego sanguíneo que hace que disminuya la cantidad de oxígeno y nutrientes en dicha zona.

Esta presión afecta a zonas de la piel como pueden ser la dermis, epidermis, tejido subcutáneo llegando incluso llegando a afectar a las zonas de articulación y hueso. Se dan principalmente en pacientes encamados durante un largo periodo de tiempo tanto a nivel hospitalario como en residencias o en los propios hogares. Este tipo de lesiones pueden poner incluso en riesgo la vida de la persona debido a las infecciones que pueden causar.

Las UPP se clasifican en 4 estadios según las estructuras afectadas de los tejidos de la piel.

- Estadio I: piel íntegra con zona enrojecida que es difícil volver a su color natural.
- Estadio II: presenta ampollas a nivel de dermis y epidermis.
- Estadio III: alteración de la zona subcutánea con alteración muscular donde puede llegar a producirse necrosis.
- Estadio IV: en forma de cráter bastante profundo que llega a la destrucción muscular incluso hasta la estructura ósea. UPP con bastante exudado y necrosis tisular.

La prevención de las úlceras por presión se lleva a cabo mediante el control de factores como la presión, la cizalla, la fricción o el roce. Así mismo mediante los cambios posturales para evitar la presión sobre un mismo punto (se suele utilizar el método de las agujas del reloj para dichos cambios). Y lo más importante, un buen cuidado de la piel con una correcta hidratación, ejercicio diario y buena nutrición para mantener todo el sistema del cuerpo humano en actividad.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un importante tema de salud y muy comunes actualmente debido a que se lleva una vida bastante sedentaria. A nivel hospitalario o de residencia son comunes en el día a día debido al tipo de paciente que se encuentra en estos lugares, ancianos con apenas movilidad. Una buena planificación de cambios posturales como es el uso de la herramienta “reloj postural” (cambio de postura cada 2 horas) utilizada actualmente en gran mayoría de hospitales comprometidos con la excelencia del cuidado de paciente, el uso de hidratantes ya sea crema o aceite y una correcta alimentación ayudaría a reducir la incidencia en muchos de los casos.

6 Bibliografía

1. Blanco López JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu. [Internet] 2003;23(4):194-198. Disponible en: <https://ddei5-0-ctp.trendmicro.com:443/wis/clicktime/v1/query?url=http%3a%2f%2fdiposit.ub.edu%2fdspace%2fbtstream%2f2445%2f26068%2f1%2f545034.pdf&umid=8CDC9FBE-E060-2E05-84C3-B25026B2BB32&auth=87669afb3f4a1f96264475959879ec1656b2c448-cf506558faca3a4105743ac76d87150889d1cebf>.
2. Plaza Blázquez R. Calero Martínez C, Guija Rubio RM et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev Clínica. De Medicina de Familia [Internet] 2007; (6):284-290. Disponible en: <https://ddei5-0-ctp.trendmicro.com:443/wis/clicktime/v1/query?url=https%3a%2f%2fwww.redalyc.org%2fpdf%2f1696%2f169617626008.pdf&umid=8CDC9FBE-E060-2E05-84C3-B25026B2BB32&auth=87669afb3f4a1f96264475959879ec1656b2c448-bfbdbf22d136fa45a7e561b669952ba22800680e>.
3. Jara Sagñay, M.A., Garcia Silva, D.A., Loja Muzha, F.D., Vasconez Chusino, A.I Prevención de las úlceras por presión (UPP). RECIMUNDO. [Internet] 2019; 3(3), 47-67. Disponible en: <https://ddei5-0-ctp.trendmicro.com:443/wis/clicktime/v1/query?url=https%3a%2f%2fsalowi.com%2f%7erecimund%2findex.php%2fes%2farticle%2fview%2f510&umid=8CDC9FBE-E060-2E05-84C3-B25026B2BB32&auth=87669afb3f4a1f96264475959879ec1656b2c448-d1d7d95a036863df492a720a9d986e9dd5ed49ae>.

Capítulo 78

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

ANA MARTÍNEZ PÉREZ

ANDREA MORAL BELMAR

1 Introducción

El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que afecta al sistema inmune del ser humano, en concreto destruye a los glóbulos blancos lo que hace que la persona que lo padezca tenga más posibilidades de contraer infecciones (y no consiga tratarlas tan rápido como una persona con el sistema inmune sano) o mayor dificultad a la hora de padecer y combatir ciertos tipos de cáncer. Fue en 1981 cuando se detectó en España, concretamente en el hospital de Vall d'Hebron, el primer caso de VIH.

Esta enfermedad es adquirida a través del contacto sexual o sanguíneo (por ejemplo, mediante jeringas infectadas en personas drogadictas). Si no se trata a tiempo puede llegar, aunque no siempre, a producir la enfermedad conocida como SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida).

Es una enfermedad mal vista por la humanidad. El estigma y la discriminación a este tipo de personas tanto a nivel de sanitario como fuera del medio sanitario sigue siendo uno de los principales problemas a nivel mundial, a pesar de que se ha avanzado en el tratamiento y prevención de la enfermedad se sigue aislando socialmente a aquellos que la padecen, no se llega a normalizar como una enfermedad que se puede caracterizar como una “enfermedad común”.

2 Objetivos

- Exponer brevemente el virus de la inmunodeficiencia humana.
- Dar visibilidad y normalizar el virus de la inmunodeficiencia humana y a su vez el SIDA.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los diferentes artículos publicados en las principales bases de datos: Scielo, Pubmed, Medline, OMS. Se han utilizado criterios de búsqueda como “VIH”, “SIDA”, “inmunidad”, “virus”.

4 Resultados

El VIH es un virus que ataca al sistema inmune de las personas, en concreto a las células linfocitos CD4 que son aquellos que se encargan de fabricar anticuerpos para combatir las infecciones causadas por agentes del medio externo.

Se transmite a través de intercambio de líquidos corporales como son la sangre, la leche materna o fluidos sexuales. Así mismo puede transmitirse durante la gestación de madre a hijo o durante el parto.

No se transmite por picaduras de mosquitos, garrapatas o cualquier otro tipo de insecto. Así mismo tampoco por compartir mismos utensilios en el hogar o fuera del mismo.

El mayor contagio actualmente se da en personas de la misma orientación sexual por no utilizar medios para evitarlo, aunque sigue existiendo el contagio por el uso compartido de jeringas.

Los síntomas de esta enfermedad varían según la etapa en la que se encuentre la persona infectada, durante los primeros meses tras la infección apenas se presentan síntomas, sin embargo, según se debilita el sistema inmunitario van apareciendo cuadros tipo gripales con cefaleas, dolor de garganta, erupciones, úlceras bucales, ganglios inflamados. Una vez que avanzan los síntomas, es decir, una fase avanzada de la infección y sin tratamiento puede llegar a producir la enfermedad de SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida), aunque cabe destacar que no todas las personas con VIH desarrollan SIDA.

Existe tratamiento para inhibir la replicación de este virus, pero no para curarlo, llega a reducir a niveles no detectables la cantidad vírica.

El único diagnóstico que existe actualmente es a través de una analítica de sangre realizando una serología.

Este virus es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial ya que no existe cura para ello y provoca cantidad de muertes al año.

5 Discusión-Conclusión

El virus de la inmunodeficiencia humana es una de las muchas enfermedades que más preocupan a día de hoy por no tener una cura, ni vacuna como otras muchas enfermedades, sino únicamente la prevención y un tratamiento que llega a estabilizar la enfermedad llegando a niveles indetectables y así poder tener una vida larga y saludable. Es por ello y de real importancia que se haga todo lo posible por conocer los métodos de prevención y de no ser así que pueda haber una detección temprana de síntomas y un diagnóstico a tiempo para ayudar a mejorar la calidad de vida de la persona infectada y de quienes le rodean. Actualmente la incidencia de VIH sigue en aumento a pesar de haber formas de evitarlo.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. [Internet] 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Lamotte Castillo J. A. Infección por VIH/sida en el mundo actual. [Internet] 2014; 18(7):993-1013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015.
3. Delgado R. Características virológicas del VIH. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. [Internet] 2011; 29(1):58-65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-caracteristicas-virologicas-del-vih-S0213005X10004040>.

Capítulo 79

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS Y ATENCIONES DE ENFERMERÍA SOBRE EL PACIENTE ANCIANO CON CÁNCER

LUCIA MENAS CRESPO

1 Introducción

El envejecimiento de la población es una situación la cual se esta viendo aumentada en la actualidad debido a las mejoras sanitarias y de cuidados de salud generales en la sociedad. Este aumento en el envejecimiento también lleva asociado unas patologías a la edad como puede ser el caso del cáncer en ancianos. El envejecimiento se ha convertido en uno de los mayores riesgos en el desarrollo del cáncer. En España mas del 50 por ciento de personas que desarrollan un cáncer tienen 65 años o más. Estos ancianos que sufren esta patología requieren de unos cuidados y un abordaje integral y personalizado por varios frentes, tanto psicológico, social, medico y desde la enfermería (1,2,3).

Existe el papel de la enfermera geriátrica, tanto en instituciones como en el entorno hospitalario, y desarrollan un papel fundamental en estos equipos ya que fusionan los conocimientos sobre el anciano y sus cuidados particulares con los conocimientos sanitarios en el abordaje del cáncer. En las unidades de oncología se suele contar con este personal sanitario especializado donde se forma parte de un equipo multidisciplinar dedicado al cuidado del anciano oncológico (2).

Dentro de las principales competencias de estas enfermeras especializadas podemos encontrar la gestión del proceso y diagnostico del anciano con cáncer, la valoración de las necesidades del anciano desde todos los aspectos y el seguimiento

del plan de actuación de enfermería que se va a realizar con estos ancianos oncológicos (4).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar los cuidados y cuidados que se realizan desde la enfermería en el anciano con Cáncer.

Objetivos secundarios:

- Observar las modalidades de tratamientos que se aplican para el tratamiento de Cáncer en ancianos desde la enfermería.
- Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed y Google Académico. Hemos realizado una búsqueda entre febrero de 2022 y junio de 2022.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“old man” OR elderly OR elder) AND cancer AND (nursing OR Nursing[MESH] OR nurse).

4 Resultados

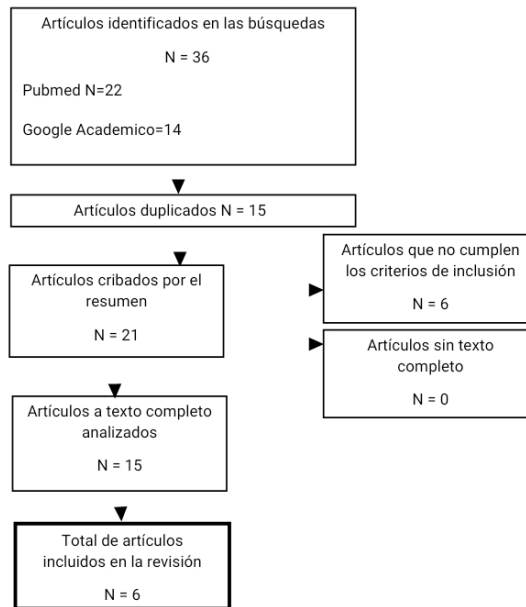
En la Figura 1, se observa el flujograma donde mostramos los artículos que hemos analizado, seleccionado y finalmente desechado en nuestra revisión sistemática. En total hemos seleccionado 6 artículos. Se pueden observar las bases de datos que hemos usado y el número de resultados que hemos obtenido tras la búsqueda. Hemos utilizado los recursos en formato electrónico a texto completo.

Hemos podido observar en 3 de los estudios analizados (1,3,5) se analizan los modelos existentes respecto a la enfermería en el anciano oncológico, donde se refiere el papel que se desempeña desde la enfermería en la gestión de estos procesos y la atención personalizada hacia estos pacientes. Se refiere como en otros países como Francia existe el papel de la enfermera especializada en oncología desde la formación universitaria siendo una rama diferente desde su inicio. En estos

programas de formación se desempeña un papel de creación y administración de los planes de actuación en los entornos asistenciales. Por otro lado, en países como Australia el enfoque es de evaluación de la enfermera previo a la consulta médica.

En otro de los estudios analizados (2) se evalúa el papel de la enfermera en el continuo cuidado del paciente en oncología ya que su principal objetivo es obtener la mayor independencia del anciano y realizar una enseñanza en salud para su propio cuidado donde se incluye la prevención y promoción de la salud. Esto es debido a que recientes estudios indican que mas del 80 por ciento de los cánceres son prevenibles es por tanto la importancia del papel de la enfermera en los procesos de promoción de la salud y cuidados sanitarios para poden modificar los hábitos perjudiciales que pueda estar desarrollando el anciano como son una mala alimentación el consumo de alcohol y tabaco o el sedentarismo, así como las posibles exposiciones a infecciones crónicas y no tratadas correctamente. En varios estudios analizados (3,4) se hace hincapié en la importancia del diagnóstico y evaluación de los mejores tratamientos personalizados a estos pacientes tanto farmacológicos como de actividad física y de control del estado de salud. Es por tanto tan importante una valoración geriátrica integral donde se analice la funcionalidad, la comorbilidad, la nutrición, los posibles síndromes geriátricos y la situación social de estos ancianos.

Figura 1. Selección de los artículos para el proyecto.



5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras la revisión de nuestro estudio que el papel de la enfermería geriátrica en oncología está internacionalmente reconocido y que es importante respecto a la realización de una valoración geriátrica integral la cual recoja los aspectos más importantes de la evaluación, desarrollo y seguimiento de las actuaciones multidisciplinares que se requieren en la atención al paciente anciano oncológico y a su familia. Es por tanto que se deben crear modelos donde se organicen y protocolicen los cuidados y atenciones que se deben realizar con estos pacientes y su entorno y como el papel de la enfermería cada vez se desarrolla más desde un prisma completo orientado al paciente y no solamente a la enfermedad que sufre el paciente, esto quiere decir que hay que prestar atención a lo que rodea al paciente y a su integración con los cuidados.

6 Bibliografía

1. Reñones Crego MD, Fernández Pérez D, Vena Fernández C, Zamudi Sánchez A. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del

- proyecto SHARE. *Enferm Clin*. 2016;26(5):312-20.
2. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de Competencias Profesionales Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados Oncológicos. Consejería de Salud. Enero, 2017.
 3. Overcash J, Momeyer MA. Comprehensive Geriatric Assessment and Caring for the Older Person with Cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33 (4):440-8.
 4. Overcash J. Integrating geriatrics into oncology ambulatory care clinics. *Clin J Oncol Nurs*. 2015;19(4):80-6.
 5. Las Cifras del Cáncer en España 2018. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Disponible en: <https://seom.org/es/noticias/106525-las-cifras-del-cancer-en-espana-2018>.
 6. Kagan SH, Maloney KW. Cancer Screening and Early Detection in Older People: Considerations for Nursing Practice. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33(2):199-207.
 7. Antonio M, Carmona-Bayonas A, Saldaña J, Navarro V, Tebé C, Salazar R, et al. Factors Predicting Adherence to a Tailored-Dose Adjuvant Treatment on the Basis of Geriatric Assessment in Elderly People With Colorectal Cancer: A Prospective Study. *Clin Colorectal Cancer*. 2018;17(1):e59-68.
 8. Sarrió RG, Rebollo MA, Garrido MM, Guillén-Ponce C, Blanco R, Flores EG, et al. General recommendations paper on the management of older patients with cancer: the SEOM geriatric oncology task force's position statement. *Clin Transl Oncol*. 2018;20(10):1246-51.
 9. Shahrokni A, Kim SJ, Bosl GJ, Korc-Grodzicki B. How we care for an older patient with cancer. *J Oncol Pract*. 2017;13(2):95-102.
 10. Hsu T. Educational initiatives in geriatric oncology—Who, why, and how? *J Geriatr Oncol*. 2016;7(5):390-6.

Capítulo 80

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: IMPORTANCIA Y FUNCIONES DE ENFERMERÍA

LAURA FERNÁNDEZ SOLER

1 Introducción

Se define bloque o área quirúrgica a aquella zona en la que se agrupan todos los quirófanos desde el punto de vista estructural y organizativo. Debe constar de las instalaciones y apoyos profesionales necesarios para realizar la cirugía de forma segura y eficaz para el paciente. La seguridad del paciente constituye uno de los pilares fundamentales en lo que respecta a la atención integral del paciente en todas las áreas asistenciales, pero es de vital importancia cuando hablamos del bloque o área quirúrgica. La Organización Mundial de la Salud con el objetivo de aumentar la seguridad del paciente y reducir posibles errores relacionados con el área o procedimiento a realizar ha emprendido un proyecto conocido como “Safe Surgery Saves Lives” (La cirugía segura salva vidas). Con esta iniciativa mundial y mediante un listado de verificación del bloque quirúrgico o Checklist se pretenden minimizar las complicaciones y errores durante la cirugía (1). En el bloque quirúrgico existen tres enfermeras: anestesia, circulante e instrumentista. Cada una desempeña una función imprescindible para garantizar la seguridad del paciente y que la cirugía sea realizada con éxito. En lo que respecta al listado de verificación quirúrgica, entre sus estándares se encuentra que debe ser realizado por una única persona y, generalmente, es la enfermera circulante la figura responsable de su realización. Una vez más se destaca la importancia del papel de enfermería en un nuevo ámbito, el bloque quirúrgico.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la importancia de realizar correctamente el listado de verificación quirúrgica y el papel de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Describir los apartados que conforman el listado de verificación quirúrgica.
- Conocer el papel de la enfermera quirúrgica en el proceso de verificación quirúrgica.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando para ello los siguientes descriptores de salud incluidos en el sistema DeCS: “Patient Safety”, “check-list”, “Operating room nursing” y “Operating Rooms”. También se ha recurrido a páginas web de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

El listado de verificación quirúrgica o check-list fue desarrollado en el año 2008 y desde entonces varios estudios han demostrado su eficacia, dado que se ha reducido hasta un tercio la tasa de muertes y complicaciones quirúrgicas en aquellos hospitales en los que se usa (1). El listado consta de 19 elementos, divididos en tres apartados, en los que se abordan aspectos críticos que se han tener en cuenta antes, durante y después de la cirugía. Además también favorece la comunicación de todo el equipo quirúrgico ya que en él intervienen tanto el personal de cirugía, anestesia así como enfermería. Según el tiempo de cirugía distinguimos los siguientes apartados (2):

- Antes de la administración de la anestesia, con el paciente colaborando, se comprueba su identidad, ayunas, alergias a medicamentos, retirada de prótesis dental, así como otros objetos metálicos, marcación del sitio quirúrgico y confirmación del procedimiento y consentimientos. Con el equipo quirúrgico, se valorará la vía aérea, riesgo de hemorragia y reserva de hemoderivados.
- Previo a la incisión de la piel, se comprobará que todos los integrantes del equipo se conocen, así como las funciones a realizar.

- Antes de que el paciente abandone el quirófano se verificará una vez más la intervención realizada, que el conteo de gasas e instrumental sea correcto y por último la identificación de muestras y del paciente. Para realizar correctamente el listado debe haber una única persona que sea la encargada de realizar en voz alta y durante toda la intervención el listado para que no haya opción a posibles errores. Generalmente, es la enfermera circulante la encargada de realizar el listado, destacando una vez más las múltiples y fundamentales labores de la enfermería (3).

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del paciente debe ser una prioridad en el día a día de la asistencia sanitaria, pese a ello aun continúan siendo frecuentes los errores en todos los ámbitos asistenciales, sin embargo en el bloque quirúrgico es de vital importancia respetar y fomentar la seguridad. El listado de verificación quirúrgica o check-list ha demostrado ser una herramienta eficaz para aumentar y promover la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico y es labor de enfermería realizar el listado, así como que el resto de miembros del equipo lo integren en su vida diaria laboral como una parte fundamental de la cirugía.

6 Bibliografía

1. NHS England. Decade of improved outcomes for patients thanks to Surgical Safety Checklist. News [Internet]. 2020 [cited 2022 jul 6];(January 2019):1-.
5. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/2019/01/surgical-safetychecklist/>.
2. Organización Mundial de la salud. OMS. [cited 2022 jul 6]. Disponible en : <https://www.who.int/>.
3. Ariel P. Ramos, Roberto M. De Antón, Ethel guidi, Stella Maris Delor,Liliana Lupica et al. Nursing preoperative checklist for safe surgery.Scielo [Internet].2020. [cited 2022 jul 6]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3386>

Capítulo 81

BACTERIEMIA ZERO, NIVEL FORMATIVO DEL FUTURO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

MYRIAN CARCELEN RODENAS

PAULA JARA GARCÍA

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

1 Introducción

El uso de catéteres centrales es una práctica extendida en unidades de cuidados intensivos (UCI). La inserción de los mismos comporta una serie de riesgos asociados donde el componente infeccioso con el desarrollo de bacteriemias es una de las causas de aparición de infecciones nosocomiales vinculadas al uso de estos dispositivos. Desde la acción formativa, los profesionales de enfermería dirigen sus cuidados en bases estandarizadas (protocolos) con amplio sustento científico para el manejo de estos dispositivos. Un proyecto que guarda una relación directa es Bacteriemia Zero, donde describe las múltiples acciones a tener en cuenta para la prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales en las UCI Españolas. Dentro de este proyecto realizado por profesionales expertos

en la materia de diferentes sociedades (Sociedades Españolas de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias), uno de los objetivos secundarios fue crear una red de UCI que implementaran prácticas seguras de efectividad demostrada. Por todo lo anterior y dada la importancia de conocer de una manera íntegra dicho proyecto, es significativo realizar este proyecto de investigación que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre el proyecto Bacteriemia Zero en futuros profesionales de enfermería.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de conocimientos sobre el proyecto Bacteriemia Zero en futuros profesionales de enfermería.
- Identificar los puntos menos conocidos sobre el proyecto Bacteriemia Zero en futuros profesionales de enfermería.

3 Metodología

- Tipo de estudio:

Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje. Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa etc.

- Ámbito/población:

Facultad De Enfermería. La población total ascenderá a 80 participantes.

- Criterios de inclusión:

Estudiantes de enfermería que hayan superado íntegramente la totalidad de las materias teóricas de cuarto año correspondientes a la titulación de Grado de Enfermería.

- Criterio de exclusión:

Estudiantes que no hayan superado las actitudes teóricas correspondientes al cuarto año formativo de grado de enfermería o que no deseen formar parte del estudio.

- Consideraciones éticas:

La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad

y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación. Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación de la encuesta supone el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación de la Gerencia y del Comité de Ética de Investigación de Área.

- Análisis estadístico:

Los datos se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS). El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p < 0,05$.

4 Bibliografía

1. Lázaro, M. J. P., Solera, C. M., Marco, I. S., Guerrero, B. D., Andrés, I. G., & Alonso, S. L. (2021). Bacteriemia Zero en el paciente con catéter venoso central en la UCI. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(8), 36.
2. Moreno Rivas, G. (2021). Bacteriemia Zero: catéteres venosos centrales (CVC) curados cada 7 días.
3. DE LAS BACTERIEMIAS, P. P., & BRC, C. C. V. C. Bacteriemia zero.
4. Álvarez-Lerma, F., Oliva, G., Ferrer, J. M., Riera, A., Palomar, M., & Zero, C. A. D. P. B. (2014). Resultados de la aplicación del proyecto Bacteriemia Zero en Catalunya. *Medicina clínica*, 143, 11-16.
5. Varela, Y. A., Sierra, E., Drake, M., & Fernández, E. T. (2009). Proyecto Bacteriemia Zero. *Revista ROL de enfermería*, 32(5), 15-18.
6. Díaz Alonso, Y. (2012). Antes y después de Bacteriemia Zero.

Capítulo 82

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE DRENAJES

PAULA JARA GARCÍA

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

MYRIAN CARCELEN RODENAS

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEG0

1 Introducción

Un drenaje es un dispositivo cuyo objetivo es la evacuación de líquidos, gases o material sólido de una herida o cavidad orgánica. Realizando una mirada retrógrada, el uso de estos dispositivos inician su actividad en la antigua Grecia por Hipócrates de Cos (460-377 a. de C.), que relató en sus tratados la colocación de un drenaje torácico para la evacuación de un empiema. Actualmente estos dispositivos han evolucionado incrementando su eficacia. Atendiendo a sus diversas clasificaciones se tipifican según su finalidad (profilácticos y terapéuticos), por su mecanismo de acción (pasivos y activos), por su extensión (amplios y selectivos), por su número (único y múltiple), por el material empleado (simple y mixto), por el punto de salida (a través de una herida o por contrabertura) y por la zona drenada (drenado de cavidades naturales y por una intervención quirúrgica). Los cuidados prestados son claves para la consecución de sus objetivos y principalmente se centran en la necesidad de asepsia en su manipulación, evitar

el reflujo del material drenado, vigilar de manera activa el área circundante y la pérdida de vacío en drenajes activos y el control del débito del mismo para detectar posibles complicaciones entre otros. Por ello, la importancia de la formación en cuanto su uso y aplicación de sus cuidados es objeto de estudio. Por todo lo anterior me parece relevante realizar este proyecto de investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos en personal de enfermería sobre los cuidados prestados en el paciente portador de drenajes.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de conocimientos en personal de enfermería sobre los cuidados prestados en el paciente portador de drenajes.
- Identificar las acciones menos conocidas con respecto a los cuidados en el paciente portador de drenajes.

3 Metodología

- Tipo de estudio:

Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje. El mismo cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, servicio, experiencia profesional, formación durante el último año etc.

- Ámbito/población: Hospital General. La población total ascenderá a 50 profesionales. El tipo de muestreo será aleatorio simple.

- Criterios de inclusión/exclusión:

Personal de enfermería con situación laboral activa en el servicio de hospitalización durante al menos 2 meses de manera continua en el servicio.

- Consideraciones éticas:

La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación de la Gerencia y del Comité de Ética de Investigación Clínica de Área.

- Análisis estadístico:

Los datos se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS). El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables

4 Bibliografía

1. Guzmán-Valdivia Gómez, Gilberto, & Arellano-Lomeli, Shantalle Maribell. (2016). Bosquejo histórico de los drenajes en cirugía y sus autores. *Cirujano general*, 38(1), 35-40. Epub 20 de febrero de 2020. Recuperado en 06 de julio de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100035&lng=es&tlng=es.
2. Salinas Campos, B. L. (2020). Conocimiento de Enfermería en Cuidado de pacientes Posquirúrgico De Traumatología con uso de Sistema de Drenaje por succión atendidos en un hospital de segundo nivel.
3. Córdova Acaro, L. F., & Lévano Vivar, M. A. (2018). Efectividad de la intervención educativa sobre el conocimiento del cuidado del drenaje Hemovac en pacientes postoperadas de mastectomía.
4. Tavera Lits, R. Y., Hernández Pozo, C. E., & Alonzo, O. M. (2021). Conocimientos y destrezas de estudiantes de enfermería en pacientes postoperados. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(6), 537-542.

Capítulo 83

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

LAURA FERNÁNDEZ SOLER

1 Introducción

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca a las células del sistema inmunológico. Por tanto, el VIH se encarga de destruir los glóbulos blancos encargados de proteger a nuestro organismo frente a infecciones y enfermedades. A medida que se desarrolla el virus y destruye dichas células el sistema inmune comienza a estar más débil y es incapaz de protegernos. Es entonces cuando surgen enfermedades como neumonías y ciertos cánceres que podrían acabar con la vida de la persona infectada. El VIH o virus de la inmunodeficiencia humana comenzó a desarrollarse en torno a los años 80 y desde entonces no se ha descubierto ninguna cura. A pesar de esto se han logrado una serie de avances en la calidad de vida de los enfermos pudiendo alargar su vida incluso en años gracias, en particular, a los tratamientos antirretrovirales. Pese a esto el VIH sigue aumentando la tasa de mortalidad en los países subdesarrollados donde no llegan los métodos de prevención ni los tratamientos. Por este motivo se ha de seguir estudiando y buscar una cura efectiva y así erradicar esta enfermedad al completo. El personal de enfermería ocupa un papel importante en el cuidados de estos pacientes ya que se trata, con el tiempo, de enfermos crónicos y dada la evolución de la enfermedad es necesario tener un plan de cuidados lo más estandarizado posible a la par que se es empático con el paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el papel de enfermería en el cuidado de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Objetivos secundarios:

- Conocer la etiología de la enfermedad.
- Explicar las formas de prevención de la enfermedad.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica empleando los siguientes descriptores o palabras clave: "nursing", "prevention", "HIV". Posteriormente, se ha realizado la búsqueda en páginas web de carácter científico tales como Elsevier empleando para ello los descriptores previamente citados.

4 Resultados

Los virus no pueden reproducirse por sí mismos, necesitan una "célula huésped" para ello y así poder sobrevivir. Las células que este utiliza son células del Sistema Inmune (glóbulos blancos, CD4), impidiendo que cumplan su función o destruyéndolas. El ciclo que lleva a cabo el VIH-1 en la célula que lo alberga, es un proceso muy complejo. El VIH-1 puede infectar muchas células, sin embargo tiene preferencia por el linfocito T CD4+ y los macrófagos. Para poder entrar en estas células necesita receptores específicos; una vez que ha entrado en contacto con el receptor y se ha introducido en la célula, realiza un proceso de transcripción reversa dando lugar a la creación de ADN procedente del ARN viral. La transcriptasa puede producir una mutación, produciendo poblaciones de virus muy diferentes de la cepa inicial (silvestre). Estas variantes producen patogenicidad y son resistentes a antirretrovirales. El provirus dirige la creación de más virus, haciendo que la producción llegue a un billón de partículas virales por día. Cuando se produce la infección, se forman células T de reserva que a veces están infectadas y que replican virus esporádicamente. La infección por VIH es un proceso crónico en el que hay una producción muy elevada y constante de nuevos viriones, destruyendo linfocitos CD4+. Esta destrucción se compensa con las reservas corporales, sin embargo cuando se agotan, se produce una depleción de linfocitos que lleva a una inmunodeficiencia adquirida. La progresión

de la enfermedad es debida a la replicación viral mientras que el desarrollo de la inmunodeficiencia es debido a la destrucción celular linfocitaria. Los síntomas aparecen entre las dos o cuatro semanas de infección entre los que se encuentran fiebre, crecimiento ganglionar, faringitis...(1). El SIDA es la etapa más avanzada de la infección producida por el VIH. La palabra SIDA está formada por las iniciales de “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”. El SIDA solo se entiende como enfermedad cuando presenta un conjunto de síntomas que indican que las defensas han disminuido por contagio del VIH. La enfermedad del VIH se puede transmitir a través de algunos fluidos de nuestro cuerpo, tales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales o la leche materna. Para que se lleve a cabo la transmisión, cualquiera de esos líquidos tendría que entrar en contacto con alguna membrana mucosa, herida o tejido dañado de la otra persona, o bien acceder directamente a la sangre. La transmisión de estos fluidos puede ser debida a distintas prácticas. Uno de los factores de riesgo más altos, es el sexo sin protección, donde se transfiere a través del semen o las secreciones es por ello que el principal sistema de prevención es el correcto uso de preservativo (2). La enfermería comunitaria tiene un papel fundamental en este aspecto ya que por medio de la educación para la salud, concretamente la salud sexual, en los colegios e institutos se debe concienciar a los más jóvenes sobre la enfermedad y los sistemas de prevención.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia un diagnóstico precoz de esta enfermedad así como educar a la población de las formas de prevención. Es importante realizarse pruebas siempre que se pueda haber sido infectado. Las pruebas en España son gratuitas y anónimas. Existe también una prueba rápida con resultados en 30 minutos que requiere confirmación en caso de ser positiva. Tener conocimiento de estos resultados mejora la prevención y la calidad de vida; existen para estos dos objetivos varios proyectos cuyos fines son encuentros en los entornos hospitalarios con personas que además de encontrarse en su misma situación está capacitada, entrenada y sensibilizada para el apoyo psicosocial en los procesos de infección y así aumentar el autoestima de los pacientes y reducir los comportamientos de riesgo.

6 Bibliografía

1. Luis Enrique Soto Ramírez, 2004. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. Editado por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
2. Josep M. Llibrea, María José Fuster-Ruizdeapodacab, Antonio Riveroc, Emma Fernándezd. Cuidados clínicos del paciente con VIH [Internet].2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-cuidados-clinicos-del-paciente-con-S0213005X18302465>.

Capítulo 84

ITU-ZERO, NIVEL FORMATIVO DEL FUTURO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CLARA MARÍA MARTÍNEZ CANO

PAULA JARA GARCÍA

MARÍA EUGENIA MARTINEZ GALLEGO

MARIA ISABEL MARCILLA MARTÍNEZ

MYRIAN CARCELEN RODENAS

1 Introducción

El sondaje vesical constituye una técnica aséptica con el objetivo de la canalización uretral y el vaciado posterior vesical. Dicha técnica, es una de las más utilizada en el ambiente hospitalario, por ello la necesidad formativa en ella, será clave para esquivar una problemática con gran significación que son las infecciones del tracto urinario (ITU), que representan el 15-20 % de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Las IRAS suponen complicaciones potenciales para la patología del paciente incrementando el riesgo de mortalidad y un costo sanitario de gran envergadura (realizando una mirada retrógrada, en el año 2000, la bacteriuria asociada sondaje uretral supuso 2.836 dólares por episodio). Por todo lo anterior, la necesidad de la estandarización de las acciones de enfermería también en este campo es de suma importancia, donde proyectos como

ITU-Zero son referentes para todo los profesionales y futuros profesionales que integran los equipos de enfermería. El proyecto ITU-Zero, “Prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos”, está desarrollado por un grupo de expertos donde se justifica un paquete de medidas previo, durante y posteriormente de la canalización vesical, contemplando en el mismo las acciones erróneas a evitar, para aplicar cuidados de calidad que garanticen el máximo bienestar del paciente. Finalmente, y reiterando la importancia del conocimiento de este proyecto para la aplicación de cuidados del sondaje vesical, es relevante realizar este proyecto de investigación que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre el proyecto ITU-Zero en futuros profesionales de enfermería.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de conocimientos sobre el proyecto ITU-Zero en futuros profesionales de enfermería.
- Identificar los puntos menos conocidos sobre el proyecto ITU-Zero en futuros profesionales de enfermería.

3 Metodología

- Tipo de estudio:
Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje. Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa etc.
- Ámbito/población:
Facultad De Enfermería. La población total ascenderá a 50 participantes.
- Criterios de inclusión:
Estudiantes de enfermería que hayan superado íntegramente la totalidad de las materias teóricas de cuarto año correspondientes a la titulación de Grado de Enfermería.
- Criterio de exclusión:
Estudiantes que no hayan superado las actitudes teóricas correspondientes al cuarto año formativo de grado de enfermería o que no deseen formar parte del estudio.
- Consideraciones éticas:

La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación. Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación de la encuesta supone el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación de la Gerencia y del Comité de Ética de Investigación de Área.

- Análisis estadístico:

Los datos se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS). El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p < 0,05$.

4 Bibliografía

1. Sanz, M. B., Hernández-Tejedor, A., Estella, Á., Rivera, J. J., de Molina Ortiz, F. G., Camps, A. S., & Delgado, M. C. M. (2020). Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina intensiva*, 44(6), 371-388.
2. Calvo, M. P. D., Navarro, B. F., Calvo, J. L. D., Gómez, S. C., & Muñoz, R. N. (2022). Seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(5), 56.
3. Preto, L., Novo, A., & Mendes, E. (2021). Prevención de infección de tracto urinario en unidad de cuidados críticos. VIII Jornadas internacionales de graduados

en ciencias de la salud “Salud orientada a la comunidad en tiempos de pandemia”, 509-510.

4. López, P. G., Ruiz, A. D. D., & Polo, J. M. (2021). Identificación de buenas prácticas enfermeras para la prevención de infecciones asociadas al catéter urinario. *Evidentia*, e13157-e13157.

5. Lerma, F. Á., Astigarraga, P. O., Nuvials, X., Gimeno, R., Catalán, M., Arnillas, M. G., ... & Grupo de Estudio Envin-Helics. (2019). ¿Es necesario un proyecto para prevenir las infecciones del tracto urinario en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas?. *Medicina Intensiva*, 43(2), 63-72.

Capítulo 85

LA NUTRICION ENTERAL

JUANA MARIA RIESGO CAÑON

PILAR RIESGO CAÑON

1 Introducción

La nutrición enteral(NE) es una técnica de soporte nutricional por la cual se aportan nutrientes directamente al aparato digestivo mediante fórmulas químicamente definidas, a través de la vía oral o mediante sondas nasointestinales u ostomías, en pacientes cuyos requerimientos no se cubren de forma apropiada con la ingesta oral.

La nutrición enteral domiciliar es la administración de fórmulas enterales por vía digestiva, habitualmente mediante sonda con el fin de evitar o reconducir la desnutrición de pacientes atendidos en su domicilio.

La legislación actual española considera NE cualquier aporte con fórmulas definidas que supere 1000Kcal y/o 40 grs de proteína en 24 horas. Es imprescindible que estos pacientes y sus cuidadores antes del alta hospitalaria sean adiestrados e informados en el manejo de la misma.

La NE presenta ventajas frente a otros accesos. Tiene un efecto trófico sobre la mucosa intestinal; aporta al intestino glutamina o ácidos grasos de cadena corta. La ausencia de nutrientes en la luz intestinal provoca la atrofia de las vellosidades, al mantener la integridad funcional y estructural de la pared, la NE participa en la función barrera ya que impide el paso de gérmenes y toxinas al interior del organismo. Esta forma de nutrición es más económica y presenta menos efectos secundarios que el abordaje por vía parenteral.

2 Objetivos

Revisar la evidencia científica existente sobre el soporte nutricional al paciente cuyos requerimientos no se cubren apropiadamente con la ingesta oral.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en diferentes bases nacionales e internacionales: Scielo, Cuiden, Google académico, Sociedad española de nutrición clínica y metabolismo durante los últimos 10 años y que estuviesen disponibles en castellano o en inglés.

4 Resultados

Es muy importante conocer cuál es la situación de la enfermedad de base del paciente, ya que en la mayoría de los casos, ya que en la mayoría de los casos ella misma o los tratamientos que precisa son los que limitan esa mínima funcionalidad digestiva imprescindible para el uso de la NE.

Indicaciones de la nutrición enteral:

- Paciente desnutrido que no va a poder comer en un período de tiempo > 5-7 días y tiene una mínima capacidad funcional absorptiva del intestino delgado.
- Paciente normonutrido que no va a poder comer en un periodo de tiempo > de 7-9 días y tiene una mínima capacidad funcional absorptiva del intestino delgado.
- Pacientes en fase de adaptación de un síndrome de intestino corto.
- Pacientes en seguimiento por agresión quirúrgica, trauma o gran quemado. en pacientes bien nutridos con tracto digestivo funcionando pero la ingesta oral es limitada, es una práctica habitual mejorar la ingesta oral a través de mejorar la selección de los menús diarios o complementar la dieta con suplementación dietética.

La administración de NE por vía oral exige tener un tracto digestivo funcionando y un nivel de conciencia adecuado con una función deglutoria conservada.

Los pacientes que presenten deterioro del nivel de conciencia o los que presenten algún tipo de disfagia serán candidatos a la utilización de otros accesos digestivos gástrico, duodenal o yeyunal.

Resulta fundamental la implementación y aplicación de protocolos de NE, el inicio prudente y progresivo de los aportes energéticos y la monitorización estrecha

de los signos de alarma de isquemia intestinal a través de parámetros clínicos, analíticos, radiológicos.

Es necesario realizar una definición protocolizada de las complicaciones asociadas a la NE: aumento del residuo gástrico, distensión abdominal, aspiración de la dieta, estreñimiento, diarrea, hipoglucemia, hiperglucemia, náuseas, vómitos, regurgitación, etc.

La implicación de todos los miembros de las unidades de nutrición en estas medidas es transcendental para optimizar el cuidado y la atención de los pacientes desnutridos o en riesgo y no llegar tarde en su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios evidencian la importancia del estado nutricional del paciente para una buena evolución de la enfermedad.

La prescripción de un soporte nutricional adecuado puede mejorar el pronóstico de los pacientes, evitando los efectos de la malnutrición asociados a su proceso de base o incluso, modificando el curso de las enfermedades.

Es fundamental explicar al paciente, familia, cuidador, el manejo y mantenimiento de las vías de acceso y sus cuidados, la administración de la nutrición y cómo administrar la medicación, las complicaciones que puedan surgir en el domicilio: digestivas(náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, regurgitación, distensión abdominal...) metabólicas(hipoglucemia, hiperglucemia) mecánicas, etc., que podrían surgirle tras el alta hospitalaria.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500009.
2. <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/nutricion-enteral>.
3. https://www.nutritioncare.org/About_Clinical_Nutrition/Que_es_la_Nutricion_Enteral/.

Capítulo 86

CUIDADOS DE ENFERMERÍA BÁSICOS EN PACIENTES PORTADORES DE PICC

MARÍA TORIJA GARCÍA

NAZARET SOTO LABRA

DIEGO VICENTE CUETO

ESTHER ROMANO LOBETO

EVA VIZCAINO IGLESIAS

1 Introducción

La terapia endovenosa supone uno de los principales tratamientos que reciben los pacientes hospitalizados, lo que lo convierte en uno de los procedimientos invasivos más realizados. Es el personal de enfermería el encargado de realizar esta tarea. Dentro de los accesos venosos podemos separarlos en dos tipos: periféricos y centrales, se usará uno u otro dependiendo de cada caso.

El PICC o Catéter Central de Inserción Periférica es un acceso venoso que se introduce en una vena del brazo y su parte final queda alojada en la vena cava superior.

Su uso está indicado principalmente en:

- Tratamientos con fármacos vesicantes (con un pH menor de 5 y superior a 9) o hiperosmolares (mayores de 600 mOSM/L).
- Administración de Nutrición parenteral.

- Tratamientos de duración prolongada (superior a 30 días).
- Pacientes con árbol venoso periférico pobre.

Para su inserción las venas de preferencia por orden son: Basílica, Cefálica, Braquial, y Axilar.

La Femoral también es una opción, pero solo es utilizada cuando el diámetro de las anteriores es insuficiente (la recomendación principal es que el catéter ocupe menos del 35 % y nunca sobrepase el 45 % del diámetro, por riesgo de trombosis en el vaso).

Al ser de acceso periférico resulta de más comodidad para los pacientes (siendo esto lo que le diferencia del resto de accesos venosos centrales).

Además de la comodidad en el paciente, presenta una menor tasa de complicaciones en comparación con el Catéter Venoso Central (CVC) y conlleva a una reducción de costes.

Cada vez es más común encontrarlos en las plantas de hospitalización debido a dos razones principalmente:

- Su inserción puede ser realizada por el personal de enfermería, que precisan de una cualificación previa para poder hacerlo.
- Actualmente su uso está aumentando debido a que supone un avance en el tratamiento endovenoso de larga duración.

Es por esto que es necesario que el personal de enfermería conozca como se realiza el mantenimiento, uso y cuidado de estos dispositivos. Siendo imprescindible también saber reconocer los signos / síntomas de alarma en caso de infección y el procedimiento para su retirada.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería en pacientes adultos portadores de PICC.
- Saber reconocer cuando es necesario retirar el PICC y la técnica correcta correspondiente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica, utilizando como fuente de información principal las bases de datos Google

Académico y Dialnet, y como fuente secundaria una Guía para el Cuidado del Acceso Vascular en Adultos, de Osakidetza.

Se seleccionaron los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave empleadas en la búsqueda fueron: cuidados, enfermería y PICC.

La búsqueda se acotó para que los resultados encontrados no fueran anteriores a 2018.

4 Resultados

Todo profesional de enfermería que trabaje con pacientes portadores de PICC debe conocer como se realiza el manejo de estos dispositivos. Al ser una vía central para realizar un cuidado correcto es necesario tener en cuenta tres aspectos esenciales: Asepsia, Desinfección y Protección del punto de inserción.

El mantenimiento del PICC, empieza por una correcta cura externa cuyo objetivo es mantener el catéter libre de infecciones, permeable y sujeto. Esta cura abarca diferentes aspectos, como son, limpieza de la piel y la parte exterior del catéter y el cambio del bioconector, el apósito y el dispositivo de sujeción.

La valoración del punto de inserción, que debe ser visible a simple vista, ha de realizarse diariamente maniobrando con el catéter lo menos posible. El cambio, de apósito se realiza cada 7 días, solo si este se encuentre íntegro. En cambio el sistema de anclaje se cambiará cuando empiece a dejar de hacer su función. No siendo necesario el cambio en anclajes subcutáneos.

El bioconector es un dispositivo valvular que impide la entrada de aire al sistema vascular, cerrando así el PICC al exterior y a su vez facilitando la conexión con equipos de infusión y jeringas. Su cambio se realiza a la vez que el cambio de apósito aunque hay que aplicar ciertos procedimientos en su uso, ya que es la punto más externo del PICC. Es por esto que el descuido en su uso da lugar a un aumento en el riesgo de infecciones y complicaciones posteriores en el manejo del PICC.

Para la realización de la cura externa será necesario preparar los materiales previamente para facilitar el proceso. Al tratarse de una técnica aséptica necesitaremos un campo estéril para dejar el material.

Materiales precisos para la cura externa:

- Clorhexidina 2 % con base alcohólica al 70 % o en personas alérgicas se usará

povidona yodada al 10 % (dejar secar 120 segundo si su base es acuosa).

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Jeringa de 10 ml con aguja, siendo mejor opción las jeringas precargadas.
- Suero salino fisiológico estéril.
- Apósito transparente estéril.
- Sistema de anclaje, en caso de que sea necesario su cambio.
- Bioconector.
- Malla protectora, si es necesario, dependerá de la valoración personal del paciente.

Se procederá a la limpieza y desinfección del punto de inserción y la zona colindante, comprobando a su vez el estado de la piel de alrededor así como la presencia de heridas o rojeces. Tras esto se cambiarán los bioconectores de las diferentes líneas y el sistema de anclaje, si fuere a preciso. Durante todo este proceso es importante asegurarse de que el catéter no se sale y cambia su posición, ya que al estar manipulándolo, el riesgo de que esto pase es más elevado.

Tanto durante la cura, como cuando infundamos tratamiento deberemos confirmar la permeabilidad del acceso.

Para ello comprobaremos el reflujo y la perfusión de las diferentes líneas del catéter y su sellado posterior con citrato, heparina o suero salino fisiológico (dependerá del protocolo de cada servicio). Utilizando para ello la técnica push – stop – push, que asegura la limpieza del lumen.

Para el mantenimiento diario del catéter será necesario tener una serie de precauciones para evitar colonizaciones en el mismo. Antes de infundir medicación será necesario la limpieza del bioconector con clorhexidina alcohólica al 2% en base alcohólica al 70% y realizar dicha técnica con materiales estériles. Dependiendo del tipo de tratamiento, cuando la infusión del mismo sea continua, se lavará en cada cambio de infusión, si es intermitente se realizará tras cada cambio de medicación. En ambos casos el lavado se realizará con al menos 10 ml de suero salino fisiológico. Tras finalizar la infusión de la medicación desinfectar de nuevo el bioconector.

Otro de los aspectos importantes en el mantenimiento de estos dispositivos, es saber reconocer los signos y síntomas que nos indican que algo va mal y que puede ser necesario su retirada.

La infección del punto de inserción es una una de las complicaciones más co-

munes asociada a estos dispositivos.

Podrá observarse como una induración o eritema en la zona proximal de inserción del catéter. En este caso, será necesario tomar una muestra de la zona, realizar la limpieza y desinfección de la zona y vigilar durante las 24 horas siguientes, a espera de resultados.

En el caso de que la infección vaya a más, en un 10 % de los casos se llega a producir una bacteriemia. Los signos y síntomas irían más allá de la zona de punción y uno de los que debe hacernos sospechar, es la presencia de fiebre por encima de 38°, sin hallazgo de otro posible foco causante. Además podemos encontrar signos típicos de infección como escalofríos y/o hipotensión.

En este caso se procedería a la retirada del mismo, y al sospecharse de este como causa de la bacteriemia, se cortaría la punta de forma estéril y se mandaría para cultivar.

Para la retirada del PICC, debe utilizarse igual que anteriormente una técnica estricta de asepsia. Se retirará el apósito con cuidado, al igual que el sistema de anclaje. El catéter se extraerá de manera continua y suave, evitando tirones si ofrece resistencia. Se comprobará que el catéter se encuentra completo. Para finalizar se aplica presión en la zona y se ocluye con un apósito, teniendo especial precaución con pacientes anticoagulados.

5 Discusión-Conclusión

Debido al uso cada vez más extendido de estos dispositivos por sus ventajas frente a otros accesos venosos centrales, sumado a que es el personal de enfermería el responsable de su inserción. Es necesario que conozcamos como debe realizarse su mantenimiento, que debe ser, de forma aséptica y por lo tanto segura para el paciente.

En todo momento durante su manipulación deberemos tener en cuenta la asepsia, la desinfección y la protección del punto de inserción.

Un uso o mantenimiento no adecuado puede dar lugar a complicaciones, siendo la infección la más común. A su vez esta se encuentra directamente relacionada con la manipulación del catéter y por lo tanto con nuestros cuidados.

Conociendo estos dispositivos a fondo y y el procedimiento adecuado para su uso, evitaremos problemas futuros y complicaciones derivadas de una posible

mala praxis. Consiguiendo así alargar la vida de estos y asegurando una mayor comodidad para el paciente.

6 Bibliografía

1. Osakidetza. Guía para el cuidado de accesos venosos en adultos. Servicio Vasco de Salud; 2021. [consultado el 6 de julio de 2022]. Disponible en: <https://osieec.osakidetza.eus/blog/guia-para-el-cuidado-del-acceso-vascular-en-adultos/>.
2. Ibáñez Grima I. Revista Electrónica de Portales Médicos [Internet]. Mantenimiento y cuidado de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) - Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 19 de agosto de 2020 [consultado el 6 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/mantenimiento-y-cuidado-de-los-cateteres-centrales-de-insercion-periferica-picc/>.
3. Delgado Deza S, Catalán Navarro I, Joven Simón L, Hurtado Rubio V, Marcos Blasco L, Duarte Alvero B. Dialnet [Internet]. Canalización y cuidados de enfermería de un catéter central de inserción periférica (PICC) en el paciente crítico en UCI.; Agosto de 2021 [consultado el 6 de julio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8074636>.
4. Herranz Cayón DR, González Díaz N, Pazos Espínola RÁ, Manero Montañés P, Eddrhourhi Laadimat H. Dialnet [Internet]. Proceso de atención enfermera en pacientes portadores de catéter central de acceso periférico.; 21 de diciembre de 2021 [consultado el 6 de julio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277441>.
5. Gamarra Marzo L, Herrera Alegre R, Negredo Rojo E, Bellés Aranda M, Tregón Loras MJ, Cervera Catalán M. RSI - Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. Catéter PICC. Indicaciones, inserción y cuidados de enfermería.; 2 de diciembre de 2021 [consultado el 6 de julio de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cateter-picc-indicaciones-insercion-y-cuidados-de-enfermeria/>.

Capítulo 87

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA REPERCUSIÓN DEL COVID-19 EN EL PROCESO DE GESTACIÓN Y NACIMIENTO

MÓNICA MACHICADO SOTOCA

ISABEL NAVARRO LÓPEZ

1 Introducción

Covid-19 es una enfermedad causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (Sars-Cov-2), del grupo de los coronavirus, que fue identificada por primera vez a finales del 2019 en Wuhan, China y desde entonces, se diagnosticaron múltiples casos a nivel mundial, ocasionando una enfermedad pandémica hasta la actualidad. En España, fue decretado el estado de alarma por pandemia en marzo del 2020, causando en la actualidad un total de 108.111 fallecidos (1) y se mantiene activa, con un índice de casos nuevos notificados según la última actualización a 29 de junio del 2022 de 84.146 casos (1).

El Sars-Cov- 2, se transmite por vía respiratoria, a través de gotas de persona a persona, fómites y aerosol, siendo una vía de transmisión muy rápida. (2)

La zona huésped de transmisión es la vía respiratoria, provocando una reacción proinflamatoria, que produce un exceso de inflamación y a consecuencia una alteración pulmonar, debilitándolo, que da acceso a otras infecciones oportunistas, causando dificultad respiratoria. Además, se acompaña de un aumento excesivo de citoquinas, que pueden ocasionar un fallo multiorgánico y de ahí que se considere una enfermedad grave de mortalidad y morbilidad. (2,3)

Esta enfermedad se manifiesta de una manera muy amplia en cada persona. Puede ser desde asintomática, sintomática leve como tos, fiebre, fatiga, pérdida de olfato, de gusto y dificultad para respirar o sintomática grave, si presenta disnea, neumonía, más de 30 respiraciones/minuto o saturación por debajo del 93%, hasta mortal (4). La repercusión clínica se asocia a diferentes factores de riesgo como la carga viral, su respuesta inmune y otros factores como la edad, sexo, obesidad o enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión entre otras, incluyendo como un factor de riesgo el proceso de embarazo. (2,3,4)

El embarazo, supone una circunstancia de vital importancia ya que cualquier virus puede ocasionar diferentes repercusiones clínicas para la mujer gestante y para el desarrollo fetal y por tanto aumentar la morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal (5).

Al inicio de la pandemia, se consideraba que el Covid-19, en el proceso de embarazo y parto, no repercutía en gravedad y comorbilidad materno-fetal en la mujer embarazada y su feto/neonato, frente al resto de mujeres embarazadas que no se habían contagiado de Covid-19 o en comparación con mujeres en edad de reproducción no embarazadas, además no quedaba claro si existía la posibilidad de contagio vertical. Pero según evolucionaba la pandemia y se comenzaba a recoger datos científicos de comorbilidad y mortalidad en las embarazadas y sus fetos/neonatos, se consideró el proceso de embarazo como un factor de riesgo para la enfermedad de Covid-19. (6,2)

Por un lado, la embarazada presenta modificaciones en el sistema inmunitario del tal manera que, produce una inmunoregulación para proteger al feto de diferentes infecciones, aumentando la carga de anticuerpos neutralizantes, hecho que produce una disminución en la reacción de los anticuerpos (3). Aunque con respecto al Covid-19 no queda claro como interacciona y si las circunstancias inmunológicas de la embarazada protegen al feto y a la madre, es una característica importante a tener en cuenta, dado que el Sars-Cov-2, produce una proinflamación. Por otro lado, dado que es una enfermedad de foco respiratorio, cabe destacar la disminución de la caja torácica respiratoria que pueden dificultar flujo espiratorio y aumentar el residual de la capacidad pulmonar, siendo un medio propicio de activación de infecciones víricas respiratorias (2). Además de lo anterior, el embarazo está asociado a cambios metabólicos aumentando la posibilidad de diabetes gestacional y cambios del parénquima vascular y de inmunidad, aumentando el riesgo de hipertensión del embarazo o lo que se conoce como preeclampsia (2,7).

Por otro lado, se consideró la posibilidad de que se produzca transmisión vertical ya que se detectó en diferentes estudios internacionales aunque en pocos casos,

recién nacidos y fetos con test de PCR positivos en Covid-19, al igual que ARN del Sars-Cov-2 en placenta, líquido amniótico y fluidos vaginales en el momento del parto (5).

Tanto es así que, desde finales del 2021, en todo el territorio español, a las embarazadas y púerperas contagiadas del Sars-Cov-2 que además presenten factores de riesgo para el embarazo (raza étnica no caucásica, mayor de 35 años, sobrepeso/obesidad, diabetes, hipertensión arterial entre otros) y/o sintomatología moderada/grave del Covid-19 (encamamiento/ingreso), se recomienda la administración de heparina de bajo peso molecular HBPM como medida profiláctica, para la prevención de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) en el embarazo, por el aumento de riesgo en el embarazo y postparto de hasta 4-5 veces mayor que la mujer no embarazada y por otro lado, por el riesgo aumentado de ETV en personas con infección moderada-grave del Sars-Cov-2 (2,3,8).

Finalmente, con la aparición de la vacunación en febrero del 2021, la indicación a la mujer embarazada también generó controversia ya que inicialmente, a las mujeres embarazadas, tampoco se las consideraba población de riesgo mayor que lo propio de su edad o factores de riesgo pregestacionales y por tanto no tenían preferencia en la vacunación, pero según evolucionada la pandemia, empezó a considerarse y se realizaron fuertes campañas sanitarias para promocionar la vacuna en este grupo de mujeres de manera prioritaria, ya que empezaron a dar resultados los beneficios de la vacuna y se publicaron estudios de metaanálisis sobre las repercusiones del Covid-19 en el embarazo y la seguridad de la vacuna para la madre y el feto. (2,4,7)

2 Objetivos

- El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer la repercusión que produce la enfermedad del Covid-19 en las mujeres embarazadas y las consecuencias fetales y neonatales.
- Como objetivo específico se busca identificar los factores de riesgo que puedan producir complicaciones, gravedad y comorbilidad materno-fetal en embarazadas con Covid-19.

3 Metodología

Para la búsqueda bibliográfica se ha realizado un análisis exhaustivo en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, hasta julio del

2022, utilizando las palabras clave: “Covid” and “embarazo”, “Covid” and “pregnancy” en inglés y español.

4 Resultados

Se han incluido un total de 18 artículos, con 3 metaanálisis publicados entre 2020 y 2022. Estos 3 estudios que recopilan datos de un total de más 2.000.000 de mujeres, son la base de nuestra investigación (4,5,7).

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Síntomas derivados del Covid-19:

Los síntomas más comunes que presentaron las mujeres embarazadas positivas en Sars-Cov-2 fueron tos y fiebre, acompañados de resultados de laboratorio de aumento de proteína C reactiva y procalcitonina, linfopenia y recuento elevado de glóbulos blancos (7).

Las mujeres embarazadas con Covid-19, presentaron más probabilidad de necesitar cuidados intensivos y necesidad de ventilación mecánica en comparación con mujeres no embarazadas en edad reproductiva con Covid-19. (7)

Se asoció la gravedad materna con los factores de riesgo de edad avanzada, elevado índice de masa corporal, etnia no caucásica, preeclamsia o diabetes gestacional. (7)

Consecuencias en la gestación, parto y nacimiento:

Alrededor del 25% de los recién nacidos de madres con Covid-19 ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Se asoció un aumento de muerte materna, muerte fetal (siendo aun así un porcentaje muy bajo de muertes fetales), parto pretérmino, prematuridad, preeclamsia y aumento de cesáreas. (3,4,7)

Dentro de los datos obtenidos, cabe destacar un artículo muy interesante en el cual se compara la similitud de la etiopatogenia de la preeclamsia a la inflamación sistémica inducida por el Covid-19 y por tanto, se plantean la posibilidad de que se diagnostique preeclamsia de una manera errónea cuando realmente los síntomas se relacionan más a la inflamación por la infección del Sars-Cov-2, pero abren esa línea de investigación que no es del todo concluyente (6).

Transmisión vertical:

Según la revisión sistemática y metaanálisis publicado por la OMS (5), menos del 2 % de los recién nacidos de madres que dan positivo en Sars-Cov-2, también dan positivo en Sars-Cov-2, bajando a la mitad el porcentaje (1 %) cuando dan positivo de manera prenatal o intraparto.

La positividad de Sars-Cov-2, en fetos/neonatos, se asocia a la gravedad materna, ingreso en UCI o muerte en mujeres positivas para el Sars-Cov-2. (5)

No se asocia ni al trimestre en el que se encuentre, ni al momento ni al tipo de parto ni a las intervenciones realizadas. Tampoco a la lactancia materna y mucho menos a la separación madre-neonato al nacer. (5)

5 Discusión-Conclusión

La infección por Covid ha supuesto un gran reto mundial del cual todavía no se sabe a ciencia cierta la repercusión real y final ni para la embarazada, ni para el neonato ya que, en la actualidad, la enfermedad se encuentra activa mundialmente, varía continuamente por la velocidad de mutación del virus y la inmunización tanto activa como pasiva sigue sin ser suficiente para inmunizar definitivamente y poder erradicar o controlar la propagación y la mutación.

Los estudios se realizan en función de la sintomatología, el tipo de variante y la inmunización y aunque sean estudios recientes, dada la rápida mutación y la evolución de inmunización activa con la vacuna, los riesgos, síntomas y consecuencias van modificándose, de hecho, una de las publicaciones que cuyo estudio es un metaanálisis comparativo entre el 2020 y 2021, estima que la posibilidad de ingreso en UCI de la mujer embarazada y por tanto la gravedad de los síntomas disminuye, en la comparativa entre 2020 y 2021, coincidiendo con una mejora en el manejo de los síntomas, tratamientos efectivos, la inmunidad activa de gran parte de la población y la profilaxis tromboembólica (2,7).

Conocer los factores de riesgo que puedan presentar las embarazadas para desarrollar la enfermedad en sintomatología grave, nos ayuda a los profesionales sanitarios a establecer cuidados adicionales, en estas mujeres que presentan más riesgo como pueda ser la tromboprofilaxis o la vacunación y fomentar mejores autocuidados y hábitos saludables para reducir los factores de riesgo modificables como el peso, la diabetes gestacional o la hipertensión.

Para finalizar, cabe concluir que la transmisión vertical sigue suponiendo uno de los principales enigmas ya que no existen estudios concluyentes que puedan asegurar la transmisión ni si en el caso de que lo hubiera, pudiera tener consecuencias fetales y neonatales a corto/medio y largo plazo (3). Lo que sí se sabe es que el Sars-Cov-2, está presente en el 2 % de los fetos/neonatos, que se asocia a la gravedad materna por Covid-19 y que el ARN del Sars-Cov-2 está presente en placenta, líquido amniótico y fluidos maternos. Por todo ello, no está justificado como intervención el abandono de la lactancia materna o la separación madre-neonato aunque la madre sea positiva para el Sars-Cov-2. (3,5)

6 Bibliografía

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 612. Enfermedad por el Coronavirus (Covid-19). 01.07.2022. [Internet]. 2022 [Consultado el 3 Jul 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_612_COVID-19.pdf.
2. Wastnedge et al. Pregnancy and Covid-19. *Physiol Rev* [Internet]. 2020 [Consultado el 3 Jul 2022]; 101: 303–318. Disponible en: <https://doi.org/10.1152/physrev.00024.2020>.
3. Moore KM, Shutar MS. Comprehensive analysis of Covid-19 during pregnancy. *Biochemical and Biophysical Research Communications* [Internet]. 2021 [Consultado el 3 Jul 2022]; 538: 180-186. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.12.064>.
4. Wei, SQ, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of Covid-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* [Internet]. 2021[Consultado el 3 Jul 2022]; 193(16): E540-E548. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/193/16/E540.short>.
5. Allotey J, et al. SARS-CoV-2 positivity in offspring and timing of mother-to-child transmission: living systematic review and meta-analysis. *BJM* [Internet]. 2022 [Consultado el 3 Jul 2022]; 376: E067696. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067696>.
6. Islas Cruz, MF et al. Complicaciones por infección de Covid-19 en mujeres embarazadas y neonatos en el año 2020. *Journal of Negative and No Positive Results* [Internet]. 2021 [Consultado el 1 Jul 2022]; 6(6): 881-897. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/index.php/jonnpr/article/view/4131>.
7. Allotey J, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BJM* [Internet]. 2020 [Consulta el 2 Jul 2022]; 370:m3320. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320>.
8. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Recomendaciones sobre profilaxis ETV en el embarazo y puerperio durante la pandemia Covid-19 (Versión 2) [Internet]. 2022 [Consulta el 4 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.covid-19.seth.es/recomendaciones-sobre-profilaxis-de-enfermedad-tromboembolica-etv-en-el-embarazo-y-puerperio-durante-la-pandemia-covid-19/>.

Capítulo 88

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS CON COVID-19

MÓNICA MACHICADO SOTOCA

ISABEL NAVARRO LÓPEZ

1 Introducción

La COVID-19, es una enfermedad pandémica detectada en Wuhan, China, a finales del 2019 y cursa el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (Sars-Cov-2), provocando una reacción proinflamatoria, que produce un exceso de inflamación y fallo multiorgánico, considerándose una enfermedad grave de mortalidad y morbilidad (1,2,3).

El embarazo, el nacimiento suponen una circunstancia de vital importancia ya que, por un lado, la embarazada presenta modificaciones en el sistema inmunitario del tal manera que, produce una inmunoregulación con disminución en la reacción de los anticuerpos (3), y además, al ser una enfermedad cuyo foco principal es el respiratorio, puede afectar más gravemente a la mujeres embarazadas por la modificación de la caja torácica y la disminución de la eliminación de la capacidad pulmonar, aumentando en éstas mujeres, el riesgo de desarrollo del COVID-19 en sintomatología grave. (2,3,4,5,7)

Por otro lado, los recién nacidos inicialmente se consideran que nacen sin sistema inmunitario desarrollado (1) y, por tanto, sin anticuerpos contra el Sars-Cov-2. De los casos de neonatos con COVID-19, cabe destacar que la mayoría de los casos

reportados cursa con una sintomatología leve como pueda ser tos, fiebre y bajo riesgo de ingreso ni necesidad de oxigenoterapia. (2,6)

La lactancia materna, es un fluido materno que además de transmitir todos los nutrientes necesarios, supone ser lo que se conoce como “la primera vacuna”, ya que tiene la característica de traspasar por el suero de leche materna, inmunoglobulinas, principalmente las “A”, transmitiendo inmunidad pasiva al lactante. Se ha detectado ARN del Sars-Cov-2, en diferentes fluidos y tejidos maternos en mujer gestante, incluso en la lactancia materna. Por ello, la lactancia materna es un desafío sanitario ya que, es fundamental investigar sobre si es un factor protector de la infección del Sars-Cov-2 o, por el contrario, supone una fuente de transmisión vertical materno-neonatal y por tanto una vía de contagio. Para determinar si pudiera ser un fluido contagioso, se establecen unos parámetros y ha de cumplir los 5 según el postulado de Koch: Lactantes con carga viral positiva en madres con COVID-19 que amamantan, presencia de ARN/carga viral en leche materna de madres con COVID-19, descarte de otras vías de transmisión, y la reproducción de la transmisión por leche materna en un modelo animal. (1,6)

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer la seguridad de la lactancia materna en gestantes y puérperas con la enfermedad del COVID-19. Como objetivo específico nos planteamos identificar las recomendaciones según la evidencia científica en madres que amamantan y sus lactantes con respecto a la infección por el Sars- Cov-2.

3 Metodología

Para la búsqueda bibliográfica se ha realizado un análisis exhaustivo en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, hasta julio del 2022, utilizando las palabras clave: “covid” and “lactancia”, “covid” and “Breast-feeding” en inglés y español.

4 Resultados

Riego de transmisión vertical a través de la lactancia materna:

Un metaanálisis y un estudio internacional publicados por la OMS (organización mundial de la salud) determinan que no se encuentra una asociación entre los re-

cién nacidos positivos en Sars-Cov-2 y la práctica de la lactancia materna, hecho que asocian a los resultados obtenidos de la baja posibilidad de ARN de Sars-Cov-2 en la lactancia materna. (5,7)

Otras revisiones como la publicada por LIU et al. analizaron 16 estudios de casos, y en la mitad se recogen casos de lactantes positivos en Sars-Cov-2, de madres con COVID-19, sin embargo, no en todos los casos (1), al igual que otra revisión bibliográfica estadounidense que obtiene resultados similares, con muy bajo riesgo en complicaciones graves del COVID-19 en lactantes (6).

Es posible que RT-PCR del Sars-Cov-2 en leche materna sea positiva, aunque los estudios analizados verifican un porcentaje del 66% es negativo y el 33% positivos (1,6) y, aunque algunos estudios si demuestran el test positivo, cuando se cultivan no existe replicación en laboratorio (1,6). En el estudio estadounidense (6), remarcan un aspecto importante a la hora de evaluar la posible viremia y es que, la mayoría de los estudios, recogen las muestras en el momento de sintomatología clínica de la madre, sin evaluar la evolución en la fase de incubación y en la de convalecencia. Consideran por los resultados obtenidos que el alveolo no funciona como reservorio de la replicación del Sars-Cov-2.

Inmunidad pasiva por la lactancia materna:

Se ha detectado IgA e IgG del Sars-Cov-2 en leche maternas en el 80% de los casos (1), aunque se necesita mayor investigación para determinar la capacidad protectora (6) los resultados obtenidos pueden asegurar que ese traspaso puede proteger a los lactantes incluso en otros sistemas que dependen de las inmunoglobulinas.

5 Discusión-Conclusión

- Se ha demostrado que los lactantes de madres con COVID-19, pueden dar positivo en el Sars-Cov-2, pero son una cantidad minoritaria y los lactantes de fórmula en más proporción también dieron positivo de madres con covid-19, por tanto, cabe pensar en la posibilidad de que el contagio puede ser por gotas en el periodo de primoinfección o infección horizontal.
- Aunque diversos estudios han verificado la presencia de ARN del Sars-Cov-2, no se ha demostrado que la práctica de la lactancia materna contribuya a ser una vía de contagio materno-fetal y no se recomienda el abandono de la LM como mecanismo de profilaxis de contagio madre-recién nacido. (1,4,5,7).
- Si bien es cierto que aunque la lactancia materna no sea un canal de transmisión vertical, se recomienda el uso de mascarillas FFP2 por parte de la madre con COVID-19, en los días en los que la infección haya sido diagnosticada y durante todo el tiempo que presente sintomatología con el fin de prevenir el contagio

horizontal, además de lavarse bien las manos antes de tocar cualquier extractor de leche, biberones u objetos relacionados con el lactante. (1,2,4)

6 Bibliografía

1. Liu, X, Chen, H, An, M, Yang, W, Wen, Y, Cai, Z, Zhou, Q. Recomendaciones para la lactancia materna durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Revista Internacional de Lactancia Materna*[Internet]. 2022; 17 (1): 1-17. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13006-022-00465-w>
2. Wastnedge et al. Pregnancy and COVID-19. *Physiol Rev* [Internet]. 2020 [Consultado el 3 Jul 2022]; 101: 303–318. Disponible en: <https://doi.org/10.1152/physrev.00024.2020>
3. Moore KM, Shutar MS. Comprehensive analysis of COVID-19 during pregnancy. *Biochemical and Biophysical Research Communications* [Internet]. 2021 [Consultado el 3 Jul 2022]; 538: 180-186. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.12.064>
4. Wei, SQ, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* [Internet]. 2021[Consultado el 3 Jul 2022]; 193(16): E540-E548. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/193/16/E540.short>
5. Allotey J, et al. SARS-CoV-2 positivity in offspring and timing of mother-to-child transmission: living systematic review and meta-analysis. *BJM* [Internet]. 2022 [Consultado el 3 Jul 2022]; 376: E067696. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067696>
6. Centeno-Tablante E, Medina-Rivera M, Finkelstein JL, Rayco-Solon P, Garcia-Casal MN, Rogers L, Ghezzi-Kopel K, Ridwan P, Peña-Rosas JP, Mehta S. Transmission of SARS-CoV-2 through breast milk and breastfeeding: a living systematic review. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2021 [Consultado el 3 Jul 2022]1484(1):32-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32860259/>
7. Allotey J, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BJM* [Internet]. 2020 [Consulta el 2 Jul 2022]; 370:m3320. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320>

Capítulo 89

EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI): HOY, IMPRESCINDIBLE PARA EL PERSONAL SANITARIO

JUANA MARIA RIESGO CAÑON

PILAR RIESGO CAÑON

1 Introducción

Según el Real Decreto 1407/1992, los Equipos de Protección Individual o EPI, son los dispositivos de los que vaya a disponer una persona con el objetivo de que la proteja contra los riesgos que puedan amenazar su salud y seguridad.

Estos EPI son especialmente necesarios en el medio hospitalario, ya que el personal está altamente expuesto al contacto con fluidos infectados o contagiosos y a productos químicos, lo cual se hace necesario para proteger adecuadamente al sistema respiratorio por la inhalación de gases nocivos.

Las precauciones adecuadas, que debe tomar el personal sanitario, para el manejo de los pacientes infecciosos en aislamiento de contacto y aéreo, incluyen las precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas. Al igual que se deberán tener en cuenta para la atención de los pacientes en investigación o confirmados de un virus o bacteria contagioso, el riesgo adicional para aquellos trabajadores sanitarios especialmente sensibles en función de sus características personales o estado biológico conocido, debido a circunstancias tales como patologías previas, medicación, trastornos inmunitarios, embarazo o lactancia.

Es necesario ejercer una acción educativa en el manejo de los Epis con el objetivo de formar a los equipos de trabajadores sanitarios frente la exposición a los riesgos derivados del trabajo.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del EPI para el personal 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

COLOCACIÓN/RETIRADA DEL EPI CON BATA

A. PONERSE EL EPI antes de entrar en la habitación:

1. Calzas
2. Bata (preferentemente con puño ajustable)
3. Guantes (primer par)
4. Mascarilla quirúrgica o respirador FFP233
5. Pantalla facial o gafas protectoras (en su caso)
6. Gorro o capuz
7. Guantes (segundo par). Este par de guantes debe estar fijado a la manga de la bata o mono para asegurar que no hay desplazamiento.

B. QUITARSE EL EPI

Retirar el EPI cuidadosamente para evitar la contaminación/inoculación de uno mismo y minimizar la contaminación del ambiente; desechar los componentes del equipo de forma adecuada (contenedores/bolsas de residuos sanitarios del grupo III), quedando la superficie interna al exterior (“dar la vuelta”) y siempre en dirección hacia el suelo.

En caso de contaminación visible la aplicación de una compresa absorbente (sin arrastre) previamente al inicio de la retirada del EPI reduciría el nivel de riesgo

de contaminación durante la retirada del EPI. La zona donde se retire el EPI debe considerarse zona contaminada y someterse a limpieza y desinfección.

1. Retirar los guantes, par exterior, eliminarlos.
2. Retirar las calzas, eliminarlas. Desatar las cintas (si las tiene) y retirar las calzas introduciendo los dedos por el interior del borde y tirando hacia abajo dándoles la vuelta sobre sí mismas.
3. Retirar la bata y eliminarla.
4. Retirar el gorro o capuz, si ha sido necesario (agarrándolo desde fuera y desde detrás hacia delante) y eliminarlo.
5. Retirar el protector ocular agarrándolo por la parte que ha quedado colocada detrás de la cabeza.

Eliminarlo, o si es reutilizable, depositarlo en el contenedor designado para su descontaminación.

6. Retirar la mascarilla o el protector respiratorio amarrándolo por la parte posterior de las bandas elásticas. No tocar la parte frontal.
7. Retirar los guantes, par interior, eliminarlo.

8. Realizar la higiene de manos 3-4 con agua y jabón y/o solución antiséptica.

Los pasos 1 a 6 se recomienda realizarlos dentro de la habitación de aislamiento, junto a la puerta.

Los pasos 7 y 8 se recomienda realizarlos ya fuera de la habitación, también junto a la puerta.

COLOCACIÓN DEL EPI CON BATA a) Realizar la higiene de las manos antes de ponerse el EPI y protegerse las heridas. b) Ponerse el EPI antes de entrar en la habitación cuidadosamente para evitar la necesidad de ajustes y para reducir el riesgo de contaminación/inoculación de uno mismo.

SECUENCIA DE RETIRADA DEL EPI CON BATA a) Retirar el EPI cuidadosamente para evitar la contaminación/inoculación de uno mismo y minimizar la contaminación del ambiente. b) Desechar los componentes del equipo de forma adecuada (contenedores/bolsas de residuos sanitarios del grupo III). c) Realizar la higiene de las manos inmediatamente después de la retirada de guantes y después de quitarte todos los elementos del EPI.

UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS GUANTES

A. COLOCACIÓN

Extender los guantes para que cubran la parte del puño de la manga o la bata.

B. RETIRADA

☒ El exterior de los guantes está contaminado.

☒ Agarrar la parte exterior del guante con la mano opuesta en la que todavía está el guante y quitárselo.

- ☒ Sostener el guante retirado con la mano enguantada.
- ☒ Deslizar los dedos de la mano sin guante por debajo del otro guante que no se ha quitado todavía a la altura de la muñeca.
- ☒ Quitarse el guante de manera que acabe cubriendo el primer guante (siempre hacia abajo para evitar contaminación ambiental).

COLOCACIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (MONO CON CAPUCHA)

1. Realizar higiene de manos y protección de heridas.
2. Poner el primer par de guantes (guantes internos). Deben quedar cubiertos por la manga del mono.
3. Poner el mono y cerrar la cremallera, pero no poner la capucha.
La manga del mono debe cubrir al par de guantes interno.
4. Poner los cubrebotas (calzas de media caña) y atarlas si llevan cintas para ello por delante.
5. Poner la mascarilla de protección pasando las cintas elásticas por detrás de la cabeza. Ajustar la banda flexible en el puente nasal y comprobar que el ajuste del respirador sea adecuado.
6. Poner las gafas protectoras (o pantalla facial), pasando la cinta por detrás de la cabeza y ajustar el largo de la cinta. Si se utilizan lentes correctoras personales, se deberán fijar con cinta adhesiva al puente de la nariz y a la frente, antes de colocar las gafas de protección.
7. Colocar la capucha del mono sobre la cabeza cubriendo las cintas posteriores de la mascarilla y las gafas.
8. Poner el segundo par de guantes por encima del primero. Deben ser largos) y cubrir el puño de la manga del mono, quedando ajustados.

RETIRADA DEL EPI (MONO CON CAPUCHA)

1. Retirar los cubrebotas (calzas de media caña) y eliminarlos.
2. Retirar el par de guantes externo y eliminarlo.
4. Quitar el mono:
 - ☒ Abrir el cierre delantero del mono (solapa y cremallera), procurando no tocar ninguna otra zona de la parte delantera del mono.
 - ☒ Quitar la capucha tirando de ella hacia atrás por la parte trasera.
 - ☒ Sujetar el mono por la parte externa de los bordes superiores del cierre y bajarlo de los hombros doblándolo hacia afuera.
 - ☒ Sacar un brazo de la manga, tirando con la otra mano de la parte externa del mono, de manera que, al retirar la manga, arrastre el nuevo guante externo de ese brazo.

- ☒ Con la mano del brazo sin manga sujetar el mono por la parte interior y sacar el otro brazo de la manga, de manera que arrastre el nuevo guante externo de ese brazo.
- ☒ Enrollar la parte extraída del mono doblándola sobre sí misma y dejando la parte interna hacia afuera.
- ☒ Continuar enrollando la parte del mono que cubre las piernas hasta el borde inferior.
- ☒ Sacar el mono de cada pierna, sujetándolo siempre por la cara interior, y echarlo al contenedor.
- 5. Retirar el par de guantes interno y eliminarlos.
- 6. Realizar una primera higiene de manos.
- 7. Poner un nuevo par de guantes.
- 8. Retirar las gafas, agarrándolas por la parte posterior de las cintas, evitando tocar la parte delantera, y eliminarlas (si se usan gafas reutilizables, depositarlas en el contenedor designado para su descontaminación).
- 9. Retirar la mascarilla de protección cogiéndola por la parte posterior de las cintas, evitando tocar la parte delantera, y eliminarla.
- 10. Retirar el par de guantes y eliminarlos.
- 11. Realizar higiene de manos con agua y jabón y/o solución desinfectante.

En el sector sanitario, las medidas de protección colectiva, el conocimiento de las medidas para evitar la exposición a sangre, fluidos y materiales contaminados y la adherencia a las precauciones estándar de control de la infección, son fundamentales en la protección de las personas en contacto con casos en investigación o confirmados.

Los niveles y medidas de protección que se establezcan deben ajustarse y aplicarse en función de la naturaleza de las actividades realizadas en cada unidad y servicio de los distintos centros sanitarios, la evaluación del riesgo para todo el personal sanitario y las características del agente infeccioso.

Es un aspecto primordial que las medidas de protección individual (incluyendo el equipo de protección individual (EPI)) deben ser adecuadas y proporcionales al riesgo o riesgos frente a los que debe ofrecerse protección acorde con la actividad laboral o profesional.

A este respecto señalar que aspectos tales como, el diseño ergonómico (confort de su uso, libertad de movimiento,...), las exigencias de mantenimiento, la adaptabilidad entre los diferentes componentes, se deben tener presentes a la hora de elegir el equipo con el fin de evitar riesgos añadidos por el propio equipo, pudiendo contribuir positivamente en dicha elección la participación de los trabajadores o

sus representantes. Adicionalmente, el real decreto indica que los equipos de protección individual que se utilicen deberán reunir los requisitos establecidos en cualquier disposición legal o reglamentaria que les sea de aplicación, en particular en lo relativo a su diseño y fabricación, lo que se traduce generalmente en cumplir con el Real Decreto 1407/1992.

Las medidas de aislamiento del caso en investigación constituyen la primera barrera de protección tanto del trabajador como de las restantes personas susceptibles de contacto con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier medida de protección debe garantizar que proteja adecuadamente al trabajador de aquellos riesgos para su salud o su seguridad que no puedan evitarse o limitarse suficientemente mediante la utilización de medios de protección colectiva o la adopción de medidas de organización del trabajo. Hay que tener presente que la dimensión de la protección va más allá del trabajador e incluye al resto de las personas susceptibles de contacto directo o indirecto con el paciente. Las medidas de protección colectiva, los dispositivos médicos que incorporan mecanismos de protección integrados (dispositivos de bioseguridad) y otras medidas para evitar la exposición a sangre, fluidos y materiales contaminados y, sobre todo, la formación, la información, la supervisión, así como los procedimientos de respuesta y seguimiento frente a accidentes e incidentes son fundamentales en la protección de personas en contacto con casos en investigación o confirmados con enfermedades infecciosas.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales
- Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
- Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

— Orden ESS/1451/2013 de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario.

Capítulo 90

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI

MARIA DEL CARMEN GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La UCI esta dividida en:

- Módulos generales.
- Módulos posoperatorios.
- Módulo coronarias.
- Módulo de trasplantes.
- Módulo Covid.

La UCI es una zona del hospital, pero ubicado de forma independiente con acceso rápido y directo con el resto de los servicios del hospital. Su dinámica debe de ser el trabajo en equipo y las actividades se deben de centrar en el paciente, así se proporciona unos cuidados de calidad e individualizados.

Los médicos que trabajan en la UCI son intensivistas y han sido formados para ese trabajo; el personal de enfermería debe de tener un perfil para poder trabajar en la UCI ; mientras que las de TCAEs (auxiliares de enfermería) no se les otorga el perfil aunque lleven años trabajando en la UCI, por lo que están luchando para que se les valore el trabajo bien realizado.

El trabajo de un auxiliar de enfermería en la UCI no es fácil ya que es un área en el que se trabaja bajo un alto grado de estrés, bajo presión y con una gran

responsabilidad.

Las funciones del auxiliar de enfermería en la UCI tienen gran importancia tanto para los demás profesionales como para los pacientes, ya que en la unidad de cuidados intensivos se atiende a pacientes cuyo estado de salud es muy grave o pueden requerir una actuación inmediata y ver amenazada sus vidas, ya sea a causa de accidentes o como consecuencia de enfermedades crónicas.

Las UCIs pueden variar mucho tanto en forma, en organización, protocolo; pero todas ellas reúnen unas características comunes como son: espacios destinados al cuidado de pacientes en estado crítico, personal cualificado y especializado y material de tecnología avanzada.

El que TCAE tiene que saber las funciones a realizar en cada momento, para ello requiere una formación y entrenamiento específico, aunque no haya perfil en esta categoría.

Desde el 2020 con la pandemia, se abrió un módulo de unidad Covid, que la única diferencia que tiene con las otras unidades es que el personal sanitario tiene que ir equipado con un EPI. El paciente se diferencia de que está relajado y sobre todo para protección del personal el circuito respiratorio es cerrado, para evitar aerosoles.

2 Objetivos

Describir la importancia y las funciones del TCAE en la UCI.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos realizado una búsqueda electrónica en la que se ha utilizado las bases de datos de las referencias bibliográficas que aparecen en el apartado Bibliografía cómo son: revista médica, congresos FNN...

Se ha utilizado el libro de cuidados intensivos de FAE.

Además de una encuesta entre profesionales sanitarios TCAEs que trabajan en la UCI, en la que nos explican todas las labores que realizan y las distintas situaciones a las que se enfrentan.

Palabras clave: TCAE, UCI, higiene, material, maquinaria y técnicas.

4 Resultados

El TCAE es el encargado de limpiar todo el material e instrumental utilizado, esta labor se realiza en todos los turnos. Las máquinas como por ejemplo el BiPAP, los respiradores, el Prisma, carros de paradas, bombas de perfusión, bombas de jeringa, etc.; se limpian con líquido desinfectante. En el Ambu hay partes que se lavan y desinfectan y otras que se mandan a esterilización.

El TCAE debe garantizar que en cada box haya el material necesario, al igual que en cada carro ya sea de paradas como en los de curas. Ayudar al médico y a la enfermera en todas las técnicas que realicen, suministrándoles el material que necesiten en cada momento.

Enseñarles la unidad a la familia así como las normas y las horas de visita. Realizar la higiene y la movilización del enfermo junto con el celador y la enfermera. Saber dónde está el material, para ir a buscarlo rápidamente en momentos críticos.

Ayudar a la enfermera a limpiar las traqueotomías, realizar curas o aspirar al paciente si fuera necesario y realizar electrocardiogramas si precisará "para ello el TCAE debe de saber colocar los electrodos al paciente adecuadamente". Y vaciar las diuresis en cada turno o cuando precisara.

Cuando el paciente se va de alta, el TCAE tiene que recoger todo el material del box, tirar lo fungible y realizar la limpieza de lo demás. Una vez el servicio de limpieza ha limpiado el box se volverá a montar toda la maquinaria y lo dejarán preparado para un próximo ingreso.

Para realizar correctamente esta labor el TCAE tiene que tener:

- Formalidad, cumpliendo con seriedad y puntualidad sus obligaciones. Consideración, amabilidad y empatía, teniendo en cuenta los sentimientos del paciente y poniéndose en el lugar de este.
- Integridad, debe de haber una buena relación con los compañeros y con los pacientes. Cooperación, debe de haber una predisposición a ayudar al resto del equipo para que el trabajo sea de mayor calidad.
- Respeto, tanto para el paciente como para los compañeros de trabajo, además el TCAE debe de cumplir las ordenes e instrucciones que le dan y debe de ser practico, ordenado y debe de seguir un método de trabajo que le permitirá un mayor rendimiento.

5 Discusión-Conclusión

Para favorecer la recuperación de la salud de un paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), es muy importante cuidar el confort y el bienestar del paciente.

Los Tcaes (Técnicos Auxiliar de Enfermería), deben de proporcionar los cuidados básicos encaminados al bienestar, especialmente con el cuidado de la higiene y la movilización del paciente.

El Tcae debe de familiarizarse con el entorno en el que va a trabajar y conocer el equipamiento tecnológico que es muy diverso . Debe de conocer las técnicas habituales a emplear y el uso de material para cada una de ellas, así como conocer las nuevas máquinas y técnicas que se van incorporando a la unidad así como su funcionamiento.

Las unidades de cuidados intensivos son complejas existen muchos tipos de maquinaria y de material a utilizar y los pacientes están muy delicados, por lo que el trabajo de la TCAE en la UCI es muy diferente al de cualquier lugar del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://congresosfnn.com>>2.
2. <https://revistamédica.com>>amp.
3. <https://enfermeriabuenosaires.com>.
4. www.opolanco.es.
5. Libro Cuidados Intensivos de FAE.

Capítulo 91

EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB) EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI

MARIA DEL CARMEN GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía aguda, generalmente de origen autoinmune, con frecuencia grave, en la que el sistema inmunitario del organismo ataca los nervios periféricos del paciente. Los nervios periféricos conectan el cerebro y la médula espinal con el resto del cuerpo; al no transmitir no llegan las señales.

El síndrome de Guillain-Barré suele estar desencadenado por una infección vírica o bacteriana.

Este síndrome se caracteriza por una parálisis flácida con arreflexia que comienza de manera distal y avanza proximalmente pudiendo afectar a la musculatura bulbar que regula la respiración, apareciendo a la vez un aumento de proteínas en el bulbo cefalorraquídeo.

El proceso inflamatorio afecta a las vainas de mielina, produciéndose un polirradiculoneuropatía desmielinizante. Existen otras variantes clínicas con afectación axonal como son la neuropatía motora aguda, frecuente en China y Sudamérica y la neuropatía axonal sensitiva y motora aguda.

Los primeros síntomas suelen ser debilidad y hormigueo en las extremidades. Estas sensaciones pueden extenderse rápidamente y con el tiempo pueden par-

alazar a la persona. Existen otras variantes clínicas, algunas de ellas provocan en el paciente una escala una escasa o nula debilidad muscular.

Se presenta todo el año, con una tasa de uno a cuatro casos por 100.000 habitantes. Epidemiológicamente es un síndrome que se presenta a nivel mundial.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Observar las características clínicas y electrofisiológicas de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré que requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Objetivos secundarios:

- Conocer las características sociodemográficas.
- Determinar la incidencia, diagnóstico, evolución y tratamiento de los pacientes que presentan síntomas del síndrome de Guillain-Barré ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Se presenta la experiencia con los pacientes ingresados en la UCI, aquejados por dicha dolencia durante un periodo de cuatro años.

Se analiza la incidencia actual del dicho Síndrome, la proporción de los enfermos que requieren el ingreso en UCI, los que requieren una ventilación mecánica por debilidad de la musculatura respiratoria, así como la tasa de mortalidad.

Además de estudiar o comparar las características sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas y asistenciales de los pacientes.

Palabras clave: Síndrome, Neuropatía, Desmielinizante, Autoinmune, UCI y Guillain-Barre.

4 Resultados

De los 25 pacientes con SGB estudiados; es 68 % de los pacientes fueron hombres con una edad media de 54 años, el 60 % de los pacientes ingreso entre los días 3

y 7 del inicio del Síndrome; el 64 % tuvo antecedentes de infección respiratoria y el 20 % de infección intestinal.

La mayoría de los pacientes 84 % presento disociacion albumino-citologica, el 32 % se presentó con polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda y el 28 % con polineuropatía axonal motora y sensitiva aguda.

Durante su estancia en UCI, se les realizan cateterismo vesical y punción venosa periférica y entre los exámenes de laboratorio un hemograma y diagnóstico de la electroneuromiografía. El tratamiento principal en todos los casos fue la inmunoglobulina.

La mayoría de los pacientes debido a la disminución de la fuerza muscular presento alta dependencia del personal sanitario y en especial de las TCAEs.

Se analizaron los hallazgos electrofisiológicos que implicaban un peor pronóstico evolutivo; aparece mayor afectación axonal en los pacientes con peor índice de recuperación, mientras que aquellos que se recuperan mejor observamos un patrón predominantemente desmielinizante.

Estudiamos determinadas manifestaciones clínicas que conllevan un mayor índice de gravedad y peor recuperación funcional como la aparición de signos de afectación del sistema nervioso autónomo, la velocidad de producción hasta alcanzar el máximo de aceptación y la edad avanzada.

Finalmente se discute el papel de las terapias inmunomoduladoras al uso y la evidencia de su efectividad (AU). Los pacientes con este síndrome deben de ser hospitalizados para estar vigilados, el diagnóstico y posterior tratamiento debe ser lo más rápido posible. No hay cura para el SGB, pero el tratamiento puede mejorar los síntomas.

La media de estancia del paciente con síndrome de Guillain Barré en la UCI es de 34 días. La enfermedad se desarrolla en tres fases: la fase aguda o de instauración, la fase de Estado y la fase de recuperación.

La fase aguda puede durar de horas a semanas, aparece de manera súbita y progresiva, los síntomas consisten en una debilidad muscular simétrica y hormigueo; suele empezar en las piernas y ascender progresivamente afectando a los brazos, cara y músculos respiratorios llegando a precisar de soporte ventilatorio.

Puede afectar a los pares craneales y en los casos más graves puede afectar al

habla y la deglución también puede afectar al sistema nervioso autónomo con arritmias, hipotensión, hipertensión ileo paralítico o disfunción de esfínteres. Entre el 3 % y el 5% de los pacientes mueren por complicaciones.

Entre las medidas generales que se toman con estos pacientes están: monitoreo de la respiración, la actividad cardíaca y tensión arterial para poder detectar arritmias, infecciones, etc.; ventilación mecánica si fuera necesario; terapia de rehabilitación; un soporte nutricional con un equilibrio de fluidos y electrolitos y calorías; y apoyo psicológico al paciente.

En cuanto al tratamiento farmacológico presenta mayor eficacia cuando la inmunoterapia se inicia entre 7 y 14 días después de la aparición de los primeros síntomas.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad neurológica, autoinmune, aguda y discapacitante.

El tratamiento de esta enfermedad autoinmune es de apoyo con tratamiento inmunomodulador, pero puede conllevar cuidados intensivos prolongados y neurorehabilitación prolongada.

Estos pacientes en un alto porcentaje también sufren de anomalías electrocardiográficas (ECG), mayoritariamente asintomáticas. Este síndrome es de origen desconocido y con diferentes grados de gravedad dependiendo de cada paciente.

La etiología de este síndrome considerado raro es todavía una incógnita, por lo que se señala una necesidad de que este síndrome sea más conocido y así conseguir una investigación médica más importante para una detección precoz; ya que el desenlace de este síndrome está determinado por la severidad del cuadro clínico al ingreso en la UCI.

Al ser la enfermedad de Guillain Barré una enfermedad autoinmune, de origen desconocido y con diferentes grados de gravedad; el mayor reto en el tratamiento es el de combinar de forma efectiva la terapia inmunomoduladora con las medidas generales de soporte del paciente durante su ingreso.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-n>.
2. <https://scielo.isiii.es/scielo>.
3. <https://www.bvs.hn/files>.
4. <https://revistamédica.com/amp>.

Capítulo 92

CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

VANESA GONZÁLEZ CARBAJAL

1 Introducción

El movimiento es una parte básica en la vida de las personas. La mayoría de nuestras funciones vitales como la respiración y la eliminación necesitan de la movilidad para llevarse a cabo de manera efectiva.

La inmovilidad deriva en una serie de riesgos que junto con la capacidad reducida o nula del autocuidado forman los problemas básicos del paciente inmovilizado en cama.

La facilidad con la que se puede mover un paciente determina en gran parte su calidad de vida y de su nivel de salud.

La atención a estos pacientes ha de ser integral y dispensada por un equipo multidisciplinar, individualizado el plan de cuidados a cada paciente, pues cada uno precisará de unos cuidados específicos en función de su situación y patologías previas. Dicho plan estará orientado a mejorar o mantener el estado de salud previniendo las complicaciones típicas de un encamamiento largo. La aparición de estas complicaciones dependerá de la capacidad de movimiento del paciente, del tiempo que lleve encamado y de la enfermedad de base que presente así como de su estado general de salud.

En sus primeros pasos como cuidadores, pocas personas están preparadas para hacerse cargo de las responsabilidades y dificultades asociadas de cuidar a una persona dependiente; por eso resulta de vital importancia formar y dar apoyo a los cuidadores, ayudándolos a cuidarse y cuidar mejor.

2 Objetivos

- Exponer las principales complicaciones posibles en el paciente debido a un encamamiento prolongado.
- Presentar los cuidados necesarios a dispensar al paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración de éste trabajo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente al respecto. Se han utilizado principalmente los buscadores Google y Google Scholar y también se han consultado artículos en la base de datos Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En las posibles complicaciones de salud que puede sufrir un paciente encamado influyen una serie de factores, principalmente tenemos:

- La edad, a mayor edad mayor probabilidad de complicaciones.
- Estado previo de salud, patologías previas y estado nutricional.
- Afección concreta, no todas son susceptibles de dar las mismas complicaciones.
- Tiempo de encamamiento, a mayor tiempo peor pronóstico.
- Grado de inmovilización, total o parcial.

Los problemas en los diferentes sistemas son:

- Sistema cardiovascular: la circulación sanguínea se ralentiza aumentando el riesgo de sufrir tromboflebitis, trombosis venos profunda y tromboembolismos principalmente pulmonares. También pueden aparecer alteraciones en la frecuencia cardíaca disminuyendo ésta y también el rendimiento miocárdico, así como hipotensión ortostática que se traducen en mareos con el posible riesgo de caídas que ello conlleva.
- Sistema respiratorio: se produce un deterioro de la ventilación pulmonar pudiendo presentarse disminución de volúmenes y estasis de secreciones por respiración lenta y superficial aumentando por lo tanto el riesgo de infecciones como la neumonía y el ya citado tromboembolismo pulmonar.
- Sistema urogenital: la inmovilización favorece la incontinencia que es la complicación mas habitual pudiendo presentarse también retención urinaria, infección y formación de cálculos renales.

- Sistema musculo-esquelético: se produce una pérdida importante de masa muscular resultando en pérdida de resistencia muscular y atrofia. Aumenta la presentación de rigidez articular y acortamiento muscular (contracturas) que hacen cada vez mas complicada la movilidad del paciente. Todo ello deriva en un importante deterioro funcional sobre todo articular, resultando casi siempre doloroso, además de llevar a la pérdida del control de esfínteres y de masa ósea aumentando el riesgo de fracturas. Mención especial a las úlceras por presión consecuencia de una deficiente atención sanitaria.
- Sistema gastrointestinal: es habitual la pérdida de apetito derivando en malnutrición. También son muy importantes los posibles problemas de deglución y las alteraciones del tránsito intestinal que se traducen en estreñimiento y tendencia al reflujo gástrico.
- Piel: se produce una disminución del riego capilar dejando a la piel mas vulnerable a las posibles agresiones como la incontinencia que causa maceración y eczemas. Las úlceras por presión son las complicaciones mas temidas y frecuentes derivadas de una deficiente atención (cambios posturales frecuentes).
- Sistema nervioso: al disminuir los estímulos externos se acelera el deterioro cognitivo acelerándose la aparición del síndrome confusional, produciéndose pérdida de atención y alteración del equilibrio así como favoreciéndose la aparición de cuadros depresivos.

Cuidados al paciente encamado:

- Los problemas de salud que pueden aparecer en pacientes encamados durante largo tiempo son muchos y es vital establecer una serie de pautas y protocolos adecuados en su cuidado. El objetivo principal es evitar estos problemas que a medida que pase el tiempo se pueden agravar y deteriorar la salud del paciente notablemente. El cuidado ha de ser individualizado atendiendo a las necesidades específicas de cada paciente.
- Alimentación: favorecer una alimentación rica y variada en la que se tenga en cuenta los gustos y preferencias del paciente, así como sus limitaciones y dificultades, presentando los platos de manera atractiva ya que es habitual la falta de apetito y hay que intentar incentivar una ingesta adecuada.
- Higiene corporal: el aseo es una parte muy importante en los cuidados del paciente encamado, sobre todo para intentar mejorar su autoestima y bienestar. La ropa de cama ha de estar en todo momento limpia, seca y sin arrugas.
- Postura del encamado: es fundamental que el paciente se encuentre en una postura adecuada y cómoda evitando así el deterioro del sistema músculo-esquelético. El cambio postural (usando las pertinentes técnicas de movilización) es de vital importancia para ir rotando los puntos de apoyo y evitar la aparición

de úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

En la atención al paciente encamado de larga duración el cuidador ha de conocer con exactitud lo que le sucede al paciente para poder adecuar los cuidados a sus necesidades y así saber cuáles son las tareas a desempeñar. Éstas tareas han de comunicarse también al propio paciente ya que siempre y ante todo hay que tener en cuenta su dignidad, preservando su intimidad, particularmente en las tareas relacionadas con el aseo y las actividades fisiológicas.

El encamamiento prolongado además de derivar en problemas físicos puede derivar en otra serie de afecciones, como enfermedades de índole mental por lo que es de vital importancia atender tanto las necesidades físicas como las psico-emocionales, en orden de proveer una adecuada atención integral al paciente.

6 Bibliografía

1. Plan de cuidados al paciente encamado. Unidad Planes de Cuidados Hospital General Universitario de Alicante.2010 [Internet] Disponible en http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18131/Plan+de+cuidados+al+paciente+encamado_2010.pdf/.
2. Guía básica de cuidados. Osakidetza. Hospital Santa Marina. Comarca Bilbao. 2013 [Internet] Disponible en https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osapa_apoyo_cuidador/es_def/adjuntos/guia_basica_cuidados.pdf/

Capítulo 93

HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE

ELDA PITA LÓPEZ

1 Introducción

Entendida como sinónimo de aseo, la higiene es el conjunto de actividades que una persona realiza para mantener limpios la piel, el cabello, los dientes, etc.

Para el cuidado de la piel sana, la principal actividad es su limpieza e hidratación.

Para los pacientes la higiene es una actividad básica y fundamental para obtener una serie de beneficios físicos y psicológicos.

La higiene ha de realizarse diariamente; en ancianos enfermos es frecuente que se lleve a cabo en la cama.

El equipo de enfermería, en el que uno de los integrantes siempre es un Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE): planifica, realiza y evalúa los cuidados higiénicos y de limpieza que reciben los pacientes, para mejorar su necesidad de seguridad, de bienestar, de estima y autoestima. También interviene facilitando la necesidad de eliminación con el procedimiento de colocación de la cuña y la botella.

Si además de realizar los procedimientos correctamente, el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería cuida la relación con el paciente durante su intervención, observándole, respetando su intimidad y humanizando las tareas, aumentará el bienestar y autoaceptación del paciente, realizando un procedimiento de alta calidad asistencial.

Las técnicas de aseo del paciente se pueden dividir en dos grupos:

- Aseo general: técnicas que incluyen aseo en bañera o ducha y el aseo en cama.
- Aseo parcial: incluye el aseo del cabello, aseo genital, higiene de boca y cuidado de las uñas.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con una adecuada higiene del paciente son:

Objetivo principal:

- Conservar la salud y el confort de la persona.

Objetivos secundarios:

- Observar cualquier signo que pueda ser orientativo de un problema de salud (piel, sistema musculoesquelético, etc.)
- Conservar la integridad de la piel.
- Favorecer y estimular la circulación sanguínea.
- Eliminar la suciedad y células muertas, evitando así el mal olor.
- Reducir el desarrollo bacteriano, evitando así la aparición de posibles infecciones.
- Reducir la temperatura corporal en caso hipertermia.
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.

2 Objetivos

Describir el protocolo para realizar una adecuada higiene y aseo del 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 han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Higiene del paciente encamado:

Es la técnica de aseo para los pacientes, que por su estado conserven o no su movilidad, deben permanecer encamados.

Debe ser realizada como mínimo por dos personas, para aumentar la seguridad del paciente.

Materiales necesarios:

- Para el aseo: Jabón líquido neutro, esponjas, palangana con agua caliente, suero salino, gasas, cepillo dental, pasta dental, peine o cepillo, tijeras de punta roma, colonia, loción hidratante, cuña.
- Ropa de baño: dos toallas grandes y una pequeña.
- Ropa de cama: sábana bajera, empapador de celulosa o entremetida, encimera, almohadón y colcha.
- Saco para la ropa sucia.
- Para el equipo que realice el aseo: guantes desechables y batas.

Protocolo de actuación:

- Preparar todo lo necesario para el aseo y poner el agua a la temperatura adecuada.
- Lavarse las manos, colocarse los guantes y bata (opcional) el equipo.
- Explicar al paciente el procedimiento y solicitarle que colabore en todo lo que pueda.
- El equipo se colocará junto a la cama del paciente.
- Comprobar que la temperatura de la habitación es adecuada y no hay corrientes de aire, si en la habitación hay más de un paciente y no hay otro modo de separación, colocar un biombo para proteger su intimidad.
- Ofrecer la cuña o la botella al paciente.
- Retirar la ropa de la cama, cubrir al paciente con la sábana o una toalla, se puede colocar empapadores para proteger la cama de la humedad, desvestir al paciente y colocarlo en decúbito supino (si no hay contraindicación).
- Introducir la ropa sucia en el saco.
- Realizar el aseo según el siguiente orden:

1. La cara con agua sin jabón:

Comenzar por los ojos con unas gasas mojadas en suero salino (utilizar una gasa para cada ojo) limpiando desde el ángulo interior al ángulo exterior, para evitar contaminar el lagrimal.

Continuar con la limpieza del pabellón auricular con una gasa o la toalla de la cara.

Por último lavar el resto de la cara.

2. Continuar en orden descendente: cuello, hombros, axilas, brazos, manos, tórax, abdomen, piernas (flexionándolas para facilitar la higiene por su parte posterior) y pies.

3. Lavar la zona perineal y genital de delante hacia atrás, en caso de los hombres se retira el prepucio para limpiar el glande.
4. Lavar la espalda y glúteos con el paciente en posición de decúbito lateral, secar y aplicar loción hidratante, aprovechar esta posición para realizar el cambio de ropa de cama.
5. Vestir al paciente, peinarlo y echarle colonia, dejarle en posición cómoda.

5 Discusión-Conclusión

La higiene del paciente encamado es un procedimiento que se debe realizar con el máximo rigor para que se sienta en todo momento seguro y mantener en la medida de lo posible su bienestar físico y psicológico al más alto nivel.

Favorecer una buena comunicación y relación del equipo que realiza el aseo con el paciente es fundamental.

Hay que proteger la intimidad del paciente, explicarle previamente cada paso a dar para comprobar que entiende lo que se le dice y se sienta implicado en el procedimiento del aseo, solicitar su colaboración en todo lo que pueda hacer (por ejemplo preguntándole si quiere lavarse la zona genital él mismo).

Asímismo es muy importante observar y valorar durante la higiene el estado de la piel (turgencia, coloración, úlceras, etc.), sistema musculoesquelético, conducta, etc., por si hay alteraciones comunicarlás y así tratar de evitar futuras complicaciones.

6 Bibliografía

1. Aseo del Paciente [Internet] [citado 20 febrero 2020]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Disponible en: <https://revistamedica.com/aseo-del-paciente/>.
2. Higiene y Aseo del Paciente [Internet] [citado febrero 2019]. Disponible en: https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/tbe_unidad_cast.pdf.
3. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. Técnicas Básicas de Enfermería E. (2008).
4. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. Guía para Auxiliares y Cuidadores del Anciano E. (2003).

Capítulo 94

IMPORTANCIA DE LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS

MELISSA VÁZQUEZ IBARRA

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones isquémicas de la piel y de los tejidos subyacentes que se originan bien por una presión constante o bien por un cizallamiento o una fricción entre dos planos duros. Este tipo de lesiones se ha convertido en un serio problema para la sanidad, además de mermar la calidad de vida del paciente o agravar su estado incluso llegando a producirle el fallecimiento también se prolonga la estancia en el hospital y producen una sobrecarga de trabajo en el personal de enfermería con lo que además ocasionan un gran coste económico a la sanidad pública. La disminución o aumento de la incidencia de las úlceras por presión en el medio hospitalario se considera un indicador de la calidad asistencial.

Según estudios realizados por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (Gneaupp) se estima que en torno a un 95 % de estas lesiones pueden evitarse. Este dato da una idea de la enorme importancia de la prevención, especialmente en pacientes dónde el riesgo es mayor como es el caso de los pacientes encamados o en silla de ruedas dónde la labor de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería será fundamental.

2 Objetivos

- Poner en valor la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de las úlceras por presión.
- Señalar la importancia de llevar a cabo el protocolo de actuación necesario para la prevención de estas lesiones.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha producido una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además de la utilización y consulta de diferentes fuentes como artículos en las siguientes bases de datos: Scielo, Google Académico y Enciclopedia Médica Nacional, escogiendo aquellos artículos científicos que tienen origen en publicaciones académicas ya revisadas.

4 Resultados

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) hace una serie de recomendaciones para la prevención de las UPP al personal de cuidados de enfermería y que se señalan a continuación:

- En primer lugar llevar a cabo una valoración integral del paciente. Este punto incluiría por un lado una valoración del riesgo y por otro una valoración de la piel.
- En segundo lugar controlar los factores etiológicos: la presión, la cizalla, la fricción y la humedad. Es fundamental para esto un procedimiento adecuado de realización de cambios posturales así como el uso y mantenimiento de SEMP.
- Por último controlar aquellos otros factores que ayudan a la aparición de UPP y que serían: La hidratación y la nutrición del paciente encamado, el cuidado de la piel que sea considerada de riesgo, mejorar la oxigenación tisular y proteger la piel frente a agresiones externas.

Además se realizan una serie de recomendaciones para la práctica clínica referentes a los puntos descritos a continuación:

- A la hora de valorar el riesgo del paciente (en el momento de la admisión y repitiéndola frecuentemente según lo requiera el tipo de riesgo: muy bajo, bajo, moderado, alto).

- Medidas más efectivas para proteger de forma local al paciente encamado de las fuerzas de presión, cizalla y fricción. Se aconseja el uso de apósitos que tengan capacidad para reducir la presión en zonas óseas más prominentes como es el caso de las espumas de poliuretano y además realizar una protección especial a los talones en el que también las espumas de poliuretano son eficaces.
- Control del exceso de humedad en el paciente. En este punto se recomienda el uso de limpiadores específicos para las zonas perianal y perigenital, del uso de emolientes para la hidratación de la piel (siempre aplicando poca cantidad para que se absorban completamente), la utilización de empapadores o pañales con gran capacidad de absorción y la protección de la piel con cremas de óxido de zinc o películas barrera.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo, se puede concluir que es necesario para la prevención de las UPP instruir y dar una formación adecuada a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la diferenciación de las úlceras por presión de otras clases de heridas así como su clasificación para saber realizar una valoración del riesgo correcta además de conocer el protocolo adecuado de realización de cambios posturales. Es de vital importancia la formación de dichos profesionales en este campo, ya que son una pieza clave en las actuaciones de prevención pues se trata del personal sanitario que tiene un contacto más directo y estrecho con el paciente encamado.

6 Bibliografía

1. Gneaupp.info. Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas. (Internet). 2022 (citado 29 mayo 2022). Disponible en: <https://gneaupp.info/seccion/biblioteca-alhambra/guias-biblioteca-alhambra/guias-de-ulceras-por-presion/>.
2. Biblioteca Nacional de Medicina. (Internet).2021 (citado 30 mayo 2022). Úlcera por presión. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>.
3. Guía de actuación para la prevención y cuidado de las úlceras por presión de la sanidad vasca. (Internet). Euskadi.2017 (citado 1 junio 2022). Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf.
4. Revista Médica Ocronos. (Internet).2022 (citado 1 junio 2022). Funciones del TCAE en la prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP). Disponible

en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-upp/>.

Capítulo 95

INGRESO HOSPITALARIO Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL INGRESO

MELISSA VÁZQUEZ IBARRA

1 Introducción

El concepto de ingreso hospitalario se puede definir como las diferentes actividades administrativas y técnicas que se realizan en un centro hospitalario para la admisión de un paciente con la finalidad de proporcionarle una atención acorde a sus necesidades o problema siempre usando para tal fin unos recursos adecuados, es decir, se origina en el momento en que el usuario precisa de los servicios de medicina interna, cirugía, etc. y debe permanecer en el hospital un tiempo determinado para que pueda recibir el tratamiento para su enfermedad o problema. En cuanto a los tipos de ingreso, estos hacen referencia a las distintas vías por las que puede ingresar el paciente, esto es, por consulta externa, urgencias o consulta de especialista.

Una vez que el usuario se encuentre ingresado serán los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería los que tendrán un trato más estrecho y constante y los encargados, junto con el resto del personal sanitario, de que su estancia sea lo más llevadera posible, dentro de lo que cabe. Estos profesionales deberán encargarse de que el paciente se encuentre cómodo y tranquilo, ya que no se debe olvidar que se halla fuera de su entorno habitual, en un sitio desconocido y que a menudo se percibe como hostil.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes tipos de ingreso hospitalario.
- Dar a conocer el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en relación al ingreso del paciente en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en revistas médicas para posteriormente utilizar la información extraída de aquellos artículos científicos que provienen de publicaciones académicas ya revisadas. Por otra parte, se ha procedido también a realizar una búsqueda de forma sistemática en diferentes bases de datos como la de la Enciclopedia Médica Nacional, Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El ingreso hospitalario puede ser un ingreso programado o un ingreso urgente. En el primer caso, este se produce cuando el paciente necesita de la atención hospitalaria pero anterior al control de su enfermedad en los diferentes niveles, en otras palabras, cuando se produce esta situación el paciente tiene una intervención o práctica programada entonces llega al centro hospitalario con la documentación correspondiente y se le asigna una habitación, en el caso de que se requiera, o se le dan los documentos necesarios para poder ser atendido en la consulta o realizar las pruebas pertinentes.

El paciente ingresa a través del servicio de admisión del centro porque ya estaría fijada la hora y el día para las pruebas o la intervención.

Mientras que en el segundo caso, se trata de un tipo de ingreso que no se tiene previsto. Aquí el paciente realiza el ingreso por la unidad de emergencias, por ejemplo por un accidente o enfermedad grave que surge de manera repentina. Son situaciones en las que el usuario requiere de atención inmediata.

Además de estos dos tipos de ingreso descritos, también se podría mencionar como un tercer tipo de ingreso que sería el llamado ingreso intrahospitalario que es cuando el paciente que ingresa proviene de otro centro de salud.

Una vez que el paciente ingresa en el centro hospitalario, el personal Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá encargarse de acomodarlo y proporcionarle la información que necesite respecto a su ingreso y funcionamiento del centro.

Además en caso de que el paciente tenga nula o poca movilidad o no pueda hacerlo por si mismo los TCAES se encargarán de su higiene o aseo personal o ayudándole a ir al baño si lo necesitase o si por ejemplo está encamado proporcionar una cuña para hacer sus necesidades o realizarle el aseo en cama, en estos casos es importantísimo siempre preservar la intimidad y dignidad del paciente.

En dichas situaciones de poca o nula autonomía además de servirle la comida los TCAES podrán por ejemplo ayudarle a comer, si lo precisa o acomodarle la cama (subiendo o bajando el respaldo).

5 Discusión-Conclusión

En todo momento los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajarán codo con codo con las profesionales de enfermería en tareas que requieran de su ayuda como por ejemplo asistir en las curas.

No hay que olvidar que proporcionar la información necesaria al paciente en el momento del ingreso así como acomodarle lo mejor posible es una labor importante que repercute en el confort y bienestar del paciente ya que muchos usuarios puede que no hayan estado nunca hospitalizados y deben adaptarse a las normas de su nueva realidad por lo que la labor de estos profesionales sanitarios y especialmente de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería es clave en este punto para que la estancia del usuario en el centro sea lo más confortable posible dentro de su situación.

6 Bibliografía

1. Flores C, Galván J., Romero A. Cuidados de enfermería al ingreso. (Internet). Junta de Andalucía.2010 (citado el 1 de junio del 2022). Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/a1_cuidados_enf_ingreso.pdf.
2. Moreno MG., Interrial MG. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. (Internet). Scielo. 2012 (citado el 1 de junio del 2022). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300002.
3. Salmerón C. Figura del TCAE ante un ingreso hospitalario. (Internet). Revista médica Ocronos. 2021(citado el 1 de junio del 2022). Disponible en: <https://revistamedica.com/tcae-ingreso-hospitalario/>.

4. Ingreso hospitalario y hojas de ingreso. (Internet). Asistencia médico legal. (Citado el 1 de junio del 2022). Disponible en: <https://www.asistenciamedicolegal.com/single-post/ingreso-hospitalario-y-hojas-de-ingreso>.
5. Pistoria M. Ingreso en el hospital.(Internet). Manual MSD. 2021(citado el 1 de junio del 2022). Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/ingreso-en-el-hospital>.

Capítulo 96

UTILIZACIÓN DE INHALADORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA CEPEDAL FERRER

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que “cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de enfermedades respiratorias.

La principal función del sistema respiratorio es el intercambio de gases durante la inspiración y expiración, una alteración en este sistema significa problemas respiratorios agudos, por ejemplo, la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), definida como la incapacidad del aparato respiración para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para atender las necesidades metabólicas del organismo, estará definida como una PaCO_2 mayor de 50 mm Hg (hipercapnia) y/o una PaO_2 menor de 60 mm Hg (hipoxemia).

La formación en el conocimiento y en el correcto funcionamiento de la técnica inhalatoria continúa siendo deficiente e inadecuada no solo por el paciente, sino también por el personal sanitario.

La vía inhalatoria es el medio de elección para la administración de fármacos en enfermedades de gran prevalencia en el mundo como es el caso del Asma, enfermedad que afecta a más de trescientos millones de prevalencia y la EPOC, afectando a 64 millones en el mundo y se estima que será la cuarta causa de muerte en el mundo para el año 2030. Ambas enfermedades son el primer motivo

de atención médica y tercera causa de hospitalización en países como España. Además del gran gasto económico y social.

El papiro de Ebers (1554 a.C.) recoge el primer uso de un aerosol con finalidad terapéutica. En dicho documento se registra el tratamiento utilizado en un proceso de dificultad respiratoria mediante inhalación del vapor que desprendían las plantas del beleño negro (*Hyoscyamus niger*). En 1858, se presenta en la Academia de Medicina de Francia, el primer inhalador “a presión”. En 1864, Newton patenta el aparato de inhalación para fármacos en polvo seco y, finalmente, en el verano de 1955, empezaron los primeros ensayos clínicos con un prototipo de inhalador de dosis medidas presurizada (MDI) demostrándose su eficacia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Entender qué es la oxigenoterapia y la terapia inhalatoria, así como el correcto uso de los dispositivos utilizados ahora en la terapia por parte del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería.

Objetivos secundarios:

- Conocer el grado de conocimiento de los pacientes tratados con inhaladores, estudiando cómo y al correcto reciclaje del tratamiento. Además, por quién han recibido la información.
- Identificar los pasos en los que se cometen más errores.
- Evaluar los resultados de evolución de adherencia al tratamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente estudio, se ha llevado a cabo una recolección de datos constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente, seleccionando artículos de revistas científicas. La información aquí presentada será revisada para su posterior análisis.

4 Resultados

La preferencia de una terapia inhalatoria sobre una oral o parenteral, se debe al rápido acceso al árbol bronquial, disminución del tiempo de acción, así como los efectos adversos. Para conseguir un adecuado efecto farmacológico en la vía

aérea depende tanto del fármaco depositado en las vías aéreas inferiores. De esta manera, influyen factores que dependen del dispositivo y, por otro lado, aquellos relacionados con el paciente.

Los factores que dependen del dispositivo encontramos: las características del equipo que genera el aerosol, el tamaño de las partículas generados y su estabilidad y entre las relacionadas con el paciente encontramos la correcta e incorrecta técnica de inhalación propias del dispositivo, el grado de enfermedad pulmonar, así como el tamaño de las vías aéreas.

Se observa que existe un elevado número de pacientes que llevan a cabo una incorrecta técnica de inhalación, y se considera imprescindible el desarrollo de programas de educación sanitaria que incidan sobre los errores detectados con la población estudiada en los diferentes análisis.

Uno de los motivos de uso incorrecto de los aerosoles es una vaga coordinación entre la inspiración y la activación del inhalador. Esto ha generado la necesidad de diseñar diferentes dispositivos que faciliten dicha coordinación. Éste es el caso de las cámaras inhalatorias, por ejemplo.

En la literatura consultada, aparece también que una de las causas de estos errores es que los profesionales sanitarios no conocen o, en su defecto, no enseñan adecuadamente el manejo de los dispositivos a los usuarios. A pesar de estar diseñados para un fácil manejo, es necesario un conocimiento previo y adecuado de la técnica llevada a cabo para su utilización. Luego, El principal factor que influye en esto es el tiempo que pasa desde que se adquieren o actualizan los conocimientos el personal sanitario hasta que son capaces de que el paciente aprenda la verdadera técnica en la utilización del dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

La bibliografía científica consultada avala que la correcta enseñanza de la técnica mejora los errores en el uso de los dispositivos en el ámbito intra y extra-hospitalario. Los profesionales sanitarios deben ser entrenados previamente en la utilización de los inhaladores. Esto serviría para adquirir el dominio de la técnica y así, de esa manera, poder enseñarla correctamente dando las instrucciones oportunas.

Queda demostrado que la educación al paciente en el uso de inhaladores, como es el caso de un paciente con asma, es uno de los puntos fundamentales para el control de la patología. Lo cual implica comprometer al paciente en el manejo y cuidado de su propia enfermedad y es ahí donde el personal formado en Cuidados de Enfermería hace su función. Debemos de ese modo, que el control de una

patología respiratoria sea una responsabilidad para compartir entre el paciente y el técnico. Para ello, se necesita conseguir una adecuada relación entre ambos, enseñando al paciente a reconocer los signos y síntomas indicativos del proceso. La educación es un proceso progresivo y continuado. No se debería saturar a los pacientes con un exceso de información de una sola vez. El lenguaje utilizado durante la entrevista ha de ser sencillo y directo con mensajes claros y con posibilidad de preguntas abiertas para que seamos conscientes de que el mensaje les ha llegado de la forma y manera en que se pretendía que llegase.

El paciente además de ser adiestrado en el conocimiento de signos de alerta, también es importante educarlo en la utilización del manejo de los diferentes inhaladores, así como de su mantenimiento. Por ejemplo, después de cada inhalación, se debe enjuagar la boca y es conveniente revisar periódicamente la técnica de inhalación por parte del personal de enfermería para comprobar que se aplica la mediación de forma correcta y, de esta manera, reducir los posibles fallos que se estén dando en el proceso.

6 Bibliografía

1. Suárez A, Antonet G, Hidalgo R, Luis A, Ruiz Caballero D. Edu.pe. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/19341/AyaySu%c3%a1rez_G.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Oca J, Teresa Ruiz M, Cacicedo R, Gutiérrez I, Amparán M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. *Enferm Clin* [Internet]. 2004;14(4):187–93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086210473884X>.
3. Palacios NMM, Mero LLM, Geovanny MVG, Zumba DAD. Insuficiencia respiratoria aguda en pediatría. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2022 [citado el 3 de junio de 2022];6(2):548–57. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1607>.
4. Rodríguez M, Celay E, Larrea I, Urdánóz M, Zabalegui A, Ollo B. Técnicas de inhalación en el tratamiento del asma. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2003 [citado el 3 de junio de 2022];26:139–46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000400017&script=sci_arttext&tlng=pt.
5. Sotomayor L H, Vera A A, Naveas G R, Sotomayor F C. Evaluación de las técnicas y errores en el uso de los inhaladores de dosis medida en el paciente adulto. *Rev Med Chil* [Internet]. 2001 [citado el 3 de junio de 2022];129(4):413–20. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=>

S0034-98872001000400010&script=sci_arttext&tlng=en.

6. Díaz MÁ, García UV, López AG. Conocimiento del manejo de inhaladores en enfermeros/as de Atención Primaria del Área Sanitaria De Ourense. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2020 [citado el 3 de junio de 2022];16:e11754–e11754. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11754>.
7. Usal.es. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/149206/TFG_MonasterioAranaA_AccesibilidadFisioterapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Capítulo 97

FUNCIONES DEL TCAE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CANDIDA ROSA VÁZQUEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La piel tiene como misión cubrir y proteger la superficie corporal.

Las úlceras por presión (úlceras por decúbito, úlceras de la piel), son lesiones cutáneas producidas como consecuencia de una falta de irrigación sanguínea y de una irritación de la piel que recubre una prominencia ósea, en las zonas en las que ésta ha estado presionada por una cama, silla de ruedas, molde férula u otro objeto rígido durante un periodo prolongado. La isquemia puede evolucionar hasta la necrosis o destrucción tisular.

La presión es el agente fundamental en el desarrollo de una úlcera. La presión que se ejerce sobre un plano o prominencia ósea provoca un bloqueo sanguíneo a éste nivel que se traduce en isquemia y posterior necrosis de la piel, del tejido subcutáneo y a menudo también del músculo y hueso. Dicha presión puede dañar un tejido irreversiblemente en tan solo noventa minutos. Si la irrigación sanguínea se interrumpe durante más de 2 o 3 horas, la piel muere, comenzando por su capa externa (la epidermis). El movimiento normal hace variar la presión, para que la circulación sanguínea no quede obstruida durante un largo periodo de tiempo. La capa de grasa debajo de la piel, especialmente sobre las prominencias óseas, actúa a modo de almohadilla y evita que los vasos sanguíneos se cierren.

Las personas con desnutrición carecen de la capa de grasa protectora y su piel, privada de nutrientes esenciales, no cura correctamente, viéndose aumentado el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Si la presión interrumpe el riego

sanguíneo, la zona de la piel privada de oxígeno, al inicio se enrojece e inflama, y a continuación, se ulcera.

La ruptura de la piel conlleva la eliminación de una de las principales defensas del organismo contra las infecciones, suponiendo una amenaza para la salud del paciente.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador ante las úlceras por presión a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Paciente (hombre) de 96 años, diagnosticado de Demencia Senil, de nueve años de evolución, es dependiente y se encuentra postrado en la cama, vive en su propio domicilio al cuidado de su esposa, de noventa años de edad y de dos de sus hijos que se alternan en la ayuda de los cuidados básicos, además tienen a una Auxiliar de Ayuda a Domicilio que lo asiste 7 horas a la semana. Es visitado por el médico una vez al mes, y tres veces por semana por la enfermera de su Centro de Salud. El paciente refiere dolor, dificultad respiratoria y mal control de esfínteres, por lo que usa pañales para control de heces y orina. Presenta una úlcera por presión grado cuatro a nivel del sacro, se realiza desbridamiento de tejido necrótico, limpieza de la herida y prevención y abordaje de la infección bacteriana con antibióticos locales, colocando un apósito hidrocoloide, manteniendo continuamente el lecho de la herida húmedo. todas ésta actuaciones estarán auxiliadas por la T.C.A.E.

Al cabo de unos días el paciente experimenta un deterioro de su estado físico, que unido a problemas respiratorios es derivado al hospital de Referencia, siendo ingresado posteriormente en una planta hospitalaria.

Una vez ingresado la T.C.A.E. junto con el resto del equipo de enfermería, además de atender la causa por la que fue ingresado, también confeccionaran un programa de actuaciones de enfermería; en éste caso es un paciente inmovilizado e incontinente.

El T.C.A.E. con ayuda del celador cambiará al paciente de posición cada dos horas. El T.C.A.E. mantendrá la piel del paciente limpia y seca, examinando regularmente prominencias óseas, zonas cartilaginosas y repliegues cutáneos.

Se utilizará un colchón antiescaras, también protectores o salvacamás, etc.

Un aspecto importante que el T.C.A.E. debe de tener en cuenta es el estado nutricional del paciente. Debemos garantizar siempre que sea posible, una adecuada ingesta de nutrientes, en especial de proteínas, esenciales para la reparación de los tejidos.

Ayudaremos a la enfermera en lo necesario para curar la úlcera por presión. Si detectamos mal olor en una úlcera avisaremos a la enfermera para prevenir y tratar posibles complicaciones como puede ser la infección.

En la higiene diaria del paciente tendremos en cuenta los apósitos aplicados cerca del ano o región sacro-coxígea para intentar mantenerlos intactos, estando atentos si necesita un cambio de apósito por fugas de exudado, gel que rebose por los bordes, apósito de color blanco o lechoso etc.

Por último tenemos varias escalas de valoración del riesgo de ulceración, utilizaremos la Escala Norton que consta de una puntuación a cada parámetro que se pretende evaluar.

4 Discusión-Conclusión

Es fundamental una asistencia por parte de la T.C.A.E. de calidad en el tratamiento y prevención de las úlceras por presión.

Un punto muy importante lo constituye la identificación precoz de pacientes que presentan riesgo de desarrollar una úlcera por presión para, una vez identificados aplicar las medidas oportunas.

Es muy importante utilizar métodos que ofrezcan datos cuantitativos sobre el riesgo de ulceración que presenta un individuo, para así poder aplicar unas medidas u otras en función de la situación individual de cada paciente.

Las úlceras por presión en un hospital son un grave problema sanitario donde la enfermería, y concretamente la T.C.A.E. tiene una gran responsabilidad, dentro de su rol autónomo; estimándose que un 51,6 % de las úlceras por presión se producen dentro del propio hospital y que un 45 % son evitables.

Todo paciente encamado o limitado en su movilidad debe de ser objeto de una valoración clínica integral y formar parte de un plan asistencial.

5 Bibliografía

1. Enfermería Profesional (técnicas) - Interamericana. - pag: 592 a 598.
2. Técnicas básicas y cuidados para Auxiliares de Enfermería. - Logoss. - pag: 307 a 336.
3. ATS/DUE del INSALUD .- MAD. pag: 552 a 562.

4. Manual de la Enfermería - Oceano. - pag: 210 a 216.
5. Manual de Merck - Oceano - pag: 1000 a 1002.

Capítulo 98

ATENCIÓN HOSPITALARIA: CIRUGÍA - COLECISTITIS

SARA BARDISI CRIADO

1 Introducción

La colecistitis es la infección y posterior inflamación de la vesícula biliar, generalmente debida a la presencia de piedras en la vesícula biliar.

La vesícula es un órgano pequeño, con forma de pera, ubicado en la zona derecha del abdomen, debajo del hígado. La vesícula contiene líquido digestivo (bilis) que se libera al intestino delgado.

Como hemos dicho antes, en la mayoría de los casos, la colecistitis se produce por cálculos biliares que obstruyen el tubo que sale de la vesícula. Esto se da como consecuencia de una acumulación de bilis que puede causar inflamación. Otras causas de la colecistitis comprenden problemas con el conducto biliar, tumores, enfermedades graves y ciertas infecciones, problemas en los vasos sanguíneos, obstrucción de las vías biliares.

Encontramos 2 tipos de Colecistitis, apartando la aguda y la crónica, dentro de la Colecistitis aguda encontramos la Colecistitis calculosa y la Colecistitis acalculosa.

Si no se la trata, la Colecistitis puede producir complicaciones graves que, a veces, pueden poner en peligro la vida, como la rotura de la vesícula. El tratamiento de la Colecistitis suele consistir en la extirpación de la vesícula.

Para tratarla, puede hacerse de diferentes maneras, en caso de que no sea grave, y no esté avanzada, el médico puede sugerir:

- Ayuno para descansar la vesícula biliar.

- Una dieta especial baja en grasas.
- Medicamentos para el dolor.
- Antibióticos para tratar la infección.

Sin embargo, debido a que la condición podría repetirse con frecuencia, su médico podría recomendarle la extirpación de la vesícula biliar utilizando:

- Cirugía laparoscópica.
- Cirugía abierta.

Si no se le puede hacer una cirugía, su médico podría drenar la bilis de la vesícula biliar. Esto se pueda hacer mediante:

- Colecistotomía percutánea.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- Colangiografía transhepática percutánea (CTHP).

Los signos y síntomas de la colecistitis son:

- Dolor intenso en la parte superior derecha o en el centro del abdomen.
- Dolor que se extiende al hombro derecho o a la espalda.
- Dolor con la palpación del abdomen.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Fiebre.
- Heces de color arcilla.
- Coloración amarillenta de la piel y de la esclerótica (parte blanca de los ojos).

Dichos signos y síntomas ocurren generalmente después de las comidas, en especial, si son abundantes o grasosas.

*Tener cálculos biliares es el principal factor de riesgo de padecer colecistitis.

También otros factores de riesgo son la obesidad y el hecho de ser mujer (sexo femenino)

La Colecistitis puede ocasionar una serie de complicaciones graves, entre ellas:

- Infección en la vesícula.
- Muerte del tejido de la vesícula.
- Desgarro de la vesícula.

Y, en cuanto a la prevención, se puede reducir el riesgo de padecer colecistitis tomando las medidas que se indican a continuación para evitar la formación de cálculos biliares:

- Baja de peso paulatinamente.
- Mantener un peso saludable.

- Optar por una dieta saludable.

2 Objetivos

Exponer información acerca de la atención hospitalaria a pacientes operados de colecistitis.

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 información 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.

Algunas páginas web de las que hemos encontrado información de buena calidad son:

- Facultad de ciencias medicas-BVS Honduras.
- Colecistitis aguda ,cambiar para mejorar«ACAD.
- Vía Clínica de Colecistitis Aguda - Sociedad Española de Medicina Interna.
- A propósito de un caso : plan de cuidados de enfermería en una paciente con colecistitis aguda.
- Colecistitis aguda y sus complicaciones- revistaavft.com.
- Colecistitis- diagnóstico, evaluación y tratamiento.
- Colecistitis- Síntomas y causas - MayoClinic.
- Colecistitis aguda : MedlinePlus enciclopedia médica.
- Colecistitis- Trastornos del hígado y de la vesícula biliar.
- Colecistitis : qué es , síntomas , tratamientos e información.
- Colecistitis | Cigna.
- RESUMEN La colecistitis aguda (CA).

También se ha sacado datos para realizar dicho trabajo, en los que se incluyen:

- ¿Qué es la Colecistitis?
- Tipos de Colecistitis.
- Causas.
- Tratamiento.
- Prevención.
- Complicaciones.

- Síntomas y signos.
- Tipos de cirugías que se deberían realizar si es grave la situación.
- Objetivos.

4 Resultados

Lo que hemos podido sacar en claro sobre la Colecistitis son los siguientes datos:

La Colecistitis es la hinchazón e irritación repentina de la vesícula biliar. Y existe 2 tipos :

- Aguda: empieza repentinamente y causa un dolor intenso y continuo en la región superior del abdomen. Por lo menos el 95% de las personas con colecistitis aguda tienen cálculos biliares. La inflamación casi siempre comienza sin infección, aunque esta puede aparecer después. La inflamación puede hacer que la vesícula biliar se llene de líquido y que sus paredes aumenten en espesor.
- Crónica: es una inflamación de la vesícula biliar de larga duración. Está causada casi siempre por cálculos biliares y por haber sufrido ataques de colecistitis aguda con anterioridad. La colecistitis crónica se caracteriza por crisis repetidas de dolor (cólico biliar) que se producen cuando los cálculos biliares bloquean periódicamente el conducto cístico.

En la colecistitis crónica, la vesícula biliar resulta dañada por episodios repetidos de inflamación aguda, generalmente debidos a cálculos biliares, y puede perder tamaño y presentar cicatrices y engrosamiento de sus paredes.

Los signos y síntomas de la colecistitis son:

- Dolor intenso en la parte superior derecha o en el centro del abdomen.
- Dolor que se extiende al hombro derecho o a la espalda.
- Dolor con la palpación del abdomen.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Fiebre.
- Heces de color arcilla.
- Coloración amarillenta de la piel y de la esclerótica (parte blanca de los ojos).

¿Cuáles son las causas de la colecistitis?

El principal objetivo de la Colecistitis es proporcionar y garantizar unos cuidados integrales que eviten o minimicen la aparición de complicaciones y permitan una correcta evolución de la paciente.

La causa suele ser la presencia de cálculos, que bloquean el conducto cístico, por donde la bilis viaja dentro y fuera de la vesícula biliar, de modo que ésta se queda atrapada en la vesícula irritándola. Otras causas pueden ser enfermedades graves como la diabetes o el VIH o tumores en la vesícula biliar, siendo esta última menos frecuente, o ,tumores, enfermedades graves y ciertas infecciones ,problemas en los vasos sanguíneos, obstrucción de las vías biliares.

También hay que considerar que para la colecistitis aguda calculosa, se incluyen dichos factores de riesgo: “Sexo femenino (es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres); antecedentes familiares de litiasis vesicular en parentela de 1º grado, obesidad, dietas hiperlipídicas, antecedentes de resección de íleon terminal, cirugía bariátrica (By-pass gástrico), medicamentos (fibratos, anticonceptivos orales y ceftriaxona), y embarazo”.

En el caso de la colecistitis acalculosa, “predomina en varones en estado crítico de salud, ancianos o enfermos usualmente hospitalizados en UVI (Unidades de Vigilancia Intensiva)”. Los factores de riesgo asociados incluyen: “Aterosclerosis preexistente, postoperatorio crítico, sepsis, nutrición parenteral total, fallo multiorgánico, politraumatizados y quemaduras extensas”.

En cuanto al tratamiento, esta inflamación puede resolverse por sí sola. Aunque existen otros tratamientos como la dieta absoluta y colocación de una sonda nasogástrica para que repose el intestino con administración de líquidos por vena, la administración de anti-inflamatorios para el dolor y los antibióticos. No obstante, si hay una presencia de cálculos, probablemente se necesitará cirugía para extirpar la vesícula. También se puede realizar un tratamiento sin cirugía que incluye antibióticos, dieta baja en grasa y analgésicos. Asimismo, se puede necesitar una cirugía de emergencia si se producen complicaciones como:

- Gangrena.
- Pancreatitis.
- Perforación en la pared de la vesícula.
- Inflamación del conducto colédoco.
- Bloqueo persistente de las vías biliares.

En el caso de necesitar cirugía, se realizaría:

- Cirugía laparoscópica. El cirujano utiliza el ombligo y varios cortes pequeños para insertar un laparoscopio o para ver adentro del abdomen y extirpar la vesícula biliar. Usted estará dormido durante la cirugía.
- Cirugía abierta. El cirujano hace cortes en el abdomen y extirpa la vesícula biliar. Usted estará dormido durante la cirugía.

Se puede reducir el riesgo de padecer Colecistitis tomando las medidas que se indican a continuación para evitar la formación de cálculos biliares:

- Baja de peso paulatinamente. El adelgazamiento rápido puede aumentar el riesgo de cálculos biliares. Si debes adelgazar, apunta a bajar 1 o 2 libras (0,5 a 900 g) por semana.
- Mantén un peso saludable. Tener sobrepeso aumenta la probabilidad de tener cálculos biliares. Para alcanzar un peso saludable, reduce las calorías y aumenta la actividad física. Mantén un peso saludable alimentándote bien y haciendo ejercicio.
- Optar por una dieta saludable. Las dietas con alto contenido de grasa y poco contenido de fibras pueden aumentar el riesgo de tener cálculos biliares. Para reducir el riesgo, elige una dieta rica en frutas, vegetales y cereales integrales.

Algunas complicaciones que pueden ocurrir son:

- Infección en la vesícula. Si se acumula bilis en la vesícula, lo que provoca colecistitis, esta se puede infectar.
- Muerte del tejido de la vesícula. Si la colecistitis no se trata, puede provocar la muerte del tejido de la vesícula (gangrena). Es la complicación más frecuente, especialmente, en las personas mayores, las que tienen diabetes y quienes esperan para recibir tratamiento. Esto puede provocar un desgarro o una rotura en la vesícula.
- Desgarro de la vesícula. Un desgarro (una perforación) en la vesícula se puede producir a partir de una inflamación, una infección o la muerte del tejido de la vesícula.
- Empiema: consiste en la formación de una bolsa de pus en la vesícula.
- Fistulización. Consiste en la formación de un trayecto anormal entre la vesícula y otra víscera, generalmente el duodeno, el colon, el estómago, el riñón o la pared abdominal. No suele producir síntomas.
- Vesícula de porcelana: consiste en la calcificación de la pared de la vesícula que se ve blanca en una radiografía. Dado el mayor riesgo de que aparezca un cáncer de vesícula existe indicación para realizar una colecistectomía (extirpación quirúrgica de la vesícula).

5 Discusión-Conclusión

Según los datos obtenidos, dicha enfermedad es una de alta frecuencia en nuestra región, en la que según un estudio, la edad promedio se ubicó entre los 31 y 40 años con un porcentaje que alcanzó el 30 %, lo que quiere decir que en nuestra

región es frecuente encontrar esta patología en edades tempranas.

El sexo femenino fue el más afectado por esta patología. La proporción mujer/hombre alcanza 3/1, pero en el género masculino es el que más complicaciones presenta.

El 76.5 % de pacientes en estudio procedieron del área urbana, mientras que el restante 23.5 % del área rural, estableciéndose una relación de 3/1.

El 94.6 % presento colecistitis litiásica, ya que la litiásica es la principal causa de la aparición de esta patología, es decir, de la colecistitis.

La evolución del cuadro en su mayoría fue mayor a 72 horas con el 63.1 %, es decir que a un menor tiempo de intervención quirúrgica e cualquier tipo de patología disminuye el riesgo de complicaciones, por lo tanto ,pasadas las 72 horas de iniciado el cuadro sintomatológico de colecistitis, lo que trae consigo mayor riesgo de complicaciones pudiendo llegar incluso a la muerte que se presenta en el 20 % de los casos.

La bacteria más frecuente fue *Escherichia coli*, se presentó en el 32.2 % de los casos, pero también se indentificó un 3.4 % de crecimiento bacteriano de anaerobios.

La complicación más prevalente fue la vesícula enfisematosa que se presentó en un 29.5 % de los casos, el piocolecisto le siguió en frecuencia con un 28.2 %, que es la más frecuente de las complicaciones de la Colecistitis y trae consigo una mortalidad del 15 %.

El recuento bacteriano >100000 colonias se presentó en el 36.2 % de los casos, pero no se encuentra bien establecido el rol que desempeña la carga bacteriana de la bilis en la fisiopatología o evolución de la colecistitis y de sus complicaciones, según el estudio.

Se encontró asociación estadística entre el tiempo de evolución del cuadro y las diferentes complicaciones en estudio, se encontraron diferencias significativas en la variable vesícula enfisematosa y para la complicación perforación, también encontrando factores de riesgo como la necrosis y el piocolecisto.

Esas relaciones se pueden explicar por la colonización de bacterias aumentada que en el transcurso del tiempo las complicaciones avancen en gravedad.

Se encontró asociación entre el recuento bacteriano reportado en el cultivo y

las complicaciones en estudio, recuentos menores a 100000 UFC representó un riesgo aumentado en 7.7 veces para la presentación de vesícula enfisematosa, recuentos bacterianos mayores se comportan como factor protector. Recuentos mayores de 100000 UFC aumentan en 2.86 veces el riesgo de piocolecisto, recuentos bacterianos menores representan un factor protector para esta complicación. Recuentos mayores de 100000 UFC aumentan el riesgo de necrosis en 4.69 veces, como bien hemos dicho anteriormente.

También hay que recordar también que la mayoría de pacientes consulta pasadas las 72 horas de evolución del cuadro, todo sumado, reviste un riesgo para el desarrollo de complicaciones, que aunque no se ha demostrado en todas las complicaciones un riesgo debido tal vez al tamaño de la muestra.

En conclusión, la colecistitis es una patología de alta frecuencia, sobre todo localizadas en edades tempranas, con un importante porcentaje de complicaciones, siendo la vesícula enfisematosa y el piocolecisto las principales evidenciadas.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cholecystitis/symptoms-causes/syc-20364867#:text=La%20colecistitis%20es%20una%20inflamaci%C3%B3n,se%20libera%20al%20intestino%20delgado.>
2. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/cholecystitis#:text=La%20colecistitis%20es%20la%20inflamaci%C3%B3n,la%20parte%20superior%20del%20abdomen.>
3. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/colecistitis.>
4. [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/a-proposito-de-un-caso-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-una-paciente-con-colecistitis-aguda/.](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/a-proposito-de-un-caso-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-una-paciente-con-colecistitis-aguda/)
5. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/cholecystitis#:text=La%20colecistitis%20es%20la%20inflamaci%C3%B3n,la%20parte%20superior%20del%20abdomen.>
6. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/colecistitis.>
7. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/colecistitis.html.>
8. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000264.htm.>
9. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/colecistitis.>
10. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADdas-biliares/colecistitis.>
11. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/colecistitis.>

12. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/colecistitis.html>.
13. <https://www.teknon.es/es/especialidades/diez-caballero-alonso-alberto/vesicula-biliar/colecistitis>
14. <http://www.bvs.hn/TMH/pdf/TMH1684/pdf/TMH1684.pdf>.
15. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/5_colecistitis_aguda_complicaciones.pdf.
16. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3966/1/MEDCG.pdf>.

Capítulo 99

EL ENFERMO INFANTIL DESDE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA

SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SILVIA ALONSO ALBUERNE

MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La enfermedad es una realidad que afecta desde la más tierna infancia. Los niños toman contacto con ella al poco de nacer, y muchos de ellos la sufren de manera habitual durante los primeros años de su vida. Las afecciones de vías altas (catarros, bronquitis, otitis), las infecciones intestinales, las anomalías congénitas y los accidentes son los trastornos más comunes, y motivan recuentes ingresos hospitalarios. Uno de los problemas más importantes que va a darse en el niño pequeño (hasta los dos años, por lo menos), es la imposibilidad de expresar con palabras o con gestos las molestias que siente. De ahí que la necesidad de que los padres o sus cuidadores le conozcan profundamente y desarrollen una empatía que les asegure un alto nivel de comprensión. Es muy importante advertir eventuales anomalías del desarrollo psicosocial y psicomotriz. Así, un niño que a determinadas edades no muestra interés por los objetos que le rodean, no sonríe a sus cuidadores o no progresa en sus habilidades sensoriomotoras, puede estar

padeciendo algún trastorno. Así pues, el niño se enfrenta a la enfermedad y se hace imprescindible que reciba una educación para la enfermedad, además de la educación para la salud que se propugna desde la escuela. Y no sólo para que aprenda a afrontar de forma adecuada su enfermedad, sino la de sus familiares y allegados.

2 Objetivos

Exponer las funciones del auxiliar de enfermería ante el enfermo infantil.

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 hospitalización del niño:

Los hospitales infantiles se crearon para disminuir los altos niveles de mortalidad en la infancia. Pero la observación de los niños hospitalizados puso en evidencia cómo a pesar de los avances en la calidad de la asistencia técnica que se les prestaba, algunos niños no experimentaban la mejoría que se esperaba. Cuanto más tiempo pasaba el niño ingresado en el hospital, su capacidad para restablecerse parecía disminuir, y aparecían retrasos en sus adquisiciones madurativas y alteraciones emocionales.

Se realizaron diversos estudios en niños que vivían en instituciones, separados de sus familias y hospitalizados. La mayor parte de ellos coincidían en que la ausencia de los padres y el ambiente de pobreza perceptiva en que se desenvolvían los niños, daba lugar a alteraciones en su desarrollo físico, intelectual y emocional. La tasa de mortalidad en los lactantes y niño que vivían en los orfanatos era elevadísima.

La hospitalización es un acontecimiento muy impactante para todo niño menor de 7 años. Su repercusión depende de distintos factores:

1. La separación de los padres y del entorno familiar. El niño atraviesa por diversas fases al ser hospitalizado, si con ello se le separa de sus padres y está durante un tiempo sin verlos:

- Protesta, que puede durar de horas a unos días. Al darse cuenta de que se ha quedado solo, el niño llora fuerte, se rebela, trata de escaparse y da señales de miedo y rabia, no aceptando el consuelo de los demás.
- Desesperación, con muestras de mayor abatimiento y angustia. Empieza a aceptar la ayuda de los demás.
- Aceptación, caracterizada por actitudes de desapego de los padres, como si los fuera olvidando, y muestras de mayor interés por el nuevo entorno.

2. La edad del niño y su momento evolutivo.

3. Las características del niño y el ambiente familiar.

4. Las características de la enfermedad y de su terapéutica.

5. La duración de la Hospitalización.

6. La información sobre la enfermedad y las intervenciones sanitarias.

7. El ambiente Hospitalario y la Actitud de los Sanitarios: Las condiciones ambientales y la decoración de las salas de hospitalización pediátricas son, a veces innecesariamente frías y amenazantes y contribuyen a aumentar, aún más las inquietudes del niño. El medio hospitalario debe contar con posibilidades para responder a las necesidades de los niños ingresados: educativas, recreativas, expresivas, por otra parte, la actitud del personal sanitario es fundamental en la experiencia de hospitalización del niño, aspecto hacia el que suele existir una gran sensibilidad por parte de los profesionales que trabajan con niños.

El auxiliar y el niño como paciente:

El personal sanitario que trabaja con niños está sometido a fuertes tensiones, tanto por las características específicas de la infancia y las reacciones del niño, como por el trato con la familia, que no siempre es sencillo. El impacto emocional de la relación terapéutica con el niño enfermo se encuentra aumentada en el caso de colectivos como: niños terminales, deficientes, neonatos, niños con alteraciones discapacitantes, en la UCI.

En cuanto a la actividad específica con el niño hospitalizado, los sanitarios en general, y el auxiliar de enfermería en particular, deberán procurar:

- Facilitar la presencia de los padres durante el tiempo que dura la hospitalización, y siempre que esta sirva para disminuir los temores y la ansiedad del niño. Su presencia junto a él es particularmente beneficiosa en situaciones como: la recuperación tras la anestesia, la realización de prácticas sanitarias que le produzcan dolor o miedo, en las unidades de cuidados intensivos, en determinadas ocasiones

es preferible que los padres no estén presentes, si ello interfiere la actividad o altera al niño.

- Posibilitar que los niños puedan ser visitados por sus hermanos.
- Implicar a los padres en la atención y cuidado del niño enfermo.
- Acoger sus temores y preguntas, y mantenerles informados en sus aspectos que conciernen al niño.
- Dejar que los niños tengan consigo algún juguete de su casa en el hospital. Estos juguetes representan las cosas de su casa, y ayudan a los niños a soportar el sufrimiento por la separación de su entorno.
- Proporcionar al niño, sobre todos si son muy pequeños, una persona que pueda realizar con él el papel de madre sustituta. Se ha comprado que para el niño tiene efectos muy beneficiosos establecer una relación especial con algún miembro del equipo sanitario, sobre todo si ven poco a sus familiares.
- Prestar atención a las necesidades psicológicas diferenciales de cada edad. Los bebés necesitan el calor humano, y precisan ser tocados y que se les hable, aunque no entiendan el lenguaje.
- Atender las necesidades emocionales del niño. Hablarle, preguntarle por sus cosas, dejarle hablar de su enfermedad y contestar sus preguntas, explicarle el porque de cada acto sanitario.
- Facilitarle medios de distracción y actividad lúdica, así como tener en cuenta sus necesidades educativas (profesores en hospitales) si el tiempo de permanencia en el hospital es largo.
- Preservar su intimidad, al igual que suele hacerse con el adulto, mostrando una especial atención al manipular su cuerpo y su desnudez.
- Adecuar el espacio externo a las características y necesidades del paciente pediátrico.
- La tarea sanitaria con niños está revestida de aspectos muy gratificantes para el profesional, puesto que el trabajo con la enfermedad del niño es un trabajo por la vida del niño, y la relación con ellos suele ser muy motivante.

Actitudes incorrectas del personal sanitario (auxiliar de enfermería):

- Proponer al niño sobre algo que después no pueda cumplirse, como ocurre con cuestiones relativas al regreso inmediato de los padres, el dolor de la inyección, la duración de la hospitalización. No debemos traicionarles. La confianza es un sentimiento primordial para la aceptación y comunicación.
- Alimentar falsas creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, y menos suscitando sentimientos de culpabilidad (te has puesto enfermo porque eres muy malo en el cole y nunca te pondrás bueno si lo sigues siendo aquí).

- No informarles sobre diversos aspectos de la hospitalización presumiendo que no puedan entender. No olvides que a partir de los 3 años aproximadamente, los niños preguntan muchas cosas y comienzan a solicitar explicaciones.
- Abandonarles en la habitación sin procurarles comunicación y actividades a lo largo de día.
- Mostrar excesiva rigidez con respecto a las normas de régimen interno del centro sanitario. Debemos hacer lo posible por humanizar el hospital. Si un paciente ingresa por primera vez, la disciplina hospitalaria incrementa sobremanera su ansiedad.
- Aplicar técnicas conductuales represivas sin reforzamiento positivo.
- No estimular su autonomía. Recuerda que a partir de los 3 años el niño desea hacer cosas por sí mismo: comer, moverse, ir al aseo caminando.
- No respetar el pudor. A partir de la edad escolar, y sobre todo en la adolescencia, es frecuente el comportamiento pudoroso. Tareas como el aseo personal o la exploración física requieren que el paciente esté desnudo. Asegurémonos de que no se siente violento y de que la puerta está cerrada y no transita gente desconocida continuamente en ese momento.
- Reírse de lo que diga un niño, a menos que éste tenga clara intención de ser gracioso.
- Tratar de ser forzosamente ameno y divertido con los niños. Éstos deben aprender a discriminar bien entre lo que es serio y lo que es divertido.
- Hablar con los padres delante del niño (escolar o adolescente) sobre su enfermedad, presumiendo que no se va a enterar de lo que se comenta.
- Intentar por todos los medios que el paciente deje de llorar. En los niños pequeños, el llanto sirve como descarga de energía y al mismo tiempo de relajación. Llorar tras la separación de sus padres, el temor al dolor, o tras una exploración física, es un acto lógico que no debe reprimirse. Incluso en los adolescentes. Mientras un niño llora no sólo es inútil sino contraproducente procurar razonar que su llanto no tiene lógica. Debemos dejarle llorar, consolándole con nuestra comprensión y compañía.

5 Discusión-Conclusión

La atención técnica e interpersonal son esenciales para lograr el bienestar durante la hospitalización.

Los pacientes hospitalizados perciben bienestar cuando reciben buen trato y son atendidos por personal competente. Es importante los otros aspectos que modulan la percepción del bienestar y dependen directamente del entorno hospitalario.

Reacciones del niño ante las experiencias de enfermedad y hospitalización:

Las reacciones frecuentes de los niños ante la enfermedad, se encuentran:

1. La regresión. El niño adopta actitudes más infantiles y dependientes de los padres al encontrarse físicamente mal y necesitar el cuidado de los adultos. La regresión está potenciada también por la naturaleza de los cuidados que suele exigir la enfermedad: guardar cama, toma de purés, ayudas para realizar desplazamientos y vestirse, etc.
2. La oposición. Puede ser una forma de negar la existencia de la enfermedad, rechazando las limitaciones que conlleva, así como sus cuidados. Indicaría que el niño tiene dificultades para aceptar la enfermedad pudiendo, incluso, querer realizar precisamente aquellas actividades que se le prohíben.
3. La inhibición. Con actitudes de pasividad y falta de reacción ante el entorno y la atención sanitaria que se le proporciona, tendiendo a moverse poco. Puede estar indicando la existencia y sentimientos de tipo depresivo. En esta línea se encuentra también la adopción de conductas hiperadaptadas (comportamientos excesivamente dóciles y obedientes).
4. Reacciones emotivas. Con irritabilidad, hipersensibilidad y llano fácil ante los acontecimientos.
5. Acentuación de demandas afectivas. Hay un aumento de llamadas de atención y de la necesidad de recibir manifestaciones de afecto y atención, siendo muy sensible a este tipo de actitudes por parte de los demás.

Con la enfermedad, los niños suelen recibir mayores atenciones y se suelen tener más en cuenta sus deseos que en la vida diaria. En algunos casos, el niño puede valerse del fingimiento de síntomas para obtener los beneficios secundarios que la enfermedad le puede proporcionar: quedarse en casa, comidas especiales, mayor atención y evitación de deberes. Esto no es raro en la infancia, sin que constituya un trastorno emocional, y hay que destacarlo cuando se sospeche. Lo habitual es que este tipo de actitudes sean pasajeras y remitan cuando el niño se reponga física y mentalmente.

6 Bibliografía

1. Universidad de Murcia. Facultad de enfermería (www.um.es).
2. Auxiliar de enfermería 2013. Mc Graw Hill interamericana de España S.L.
3. Enfermería en cuidados intensivos. (editorial medica panamericana).

Capítulo 100

ATENCIÓN HOSPITALARIA: LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

SARA BARDISI CRIADO

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica para salvar vidas que es útil en muchas situaciones de emergencias, como un ataque cardíaco o un ahogamiento, en las que la respiración o los latidos del corazón de una persona se han detenido.

Existen 2 tipos de reanimación, la básica y la avanzada:

- La básica: es la que debería conocer toda la población. La puede realizar cualquier persona y hay que hacerlo en los primeros minutos de una parada cardiorrespiratoria.
- La avanzada: la llevan a cabo los sanitarios, requiere el uso efectivo de instrumental y farmacología médica. Solo las personas entrenadas están capacitadas para realizarla.

Y según una asociación llamada, la Asociación Americana del Corazón, recomienda comenzar con RCP haciendo compresiones fuertes y rápidas en el pecho. Esta recomendación de RCP solo con las manos se aplica tanto a las personas sin capacitación como al personal de primeros auxilios.

Si se tiene miedo de realizar una RCP, tenemos que tener en cuenta que es mejor intentarlo, que quedarse parado y no hacer nada, ya que al fin y a cabo tenemos en nuestras manos la vida de una persona.

La Asociación que, como bien hemos nombrado anteriormente, da unos consejos para:

- Personas sin capacitación.
- Personas capacitada y lista para actuar.
- Personas con capacitación pero que hace tiempo que no practica.

Antes de comenzar dicha técnica siempre tenemos que verificar dichas cuestiones:

La persona está en un entorno seguro?

¿La persona está consciente o inconsciente?

Si la persona parece inconsciente, tócale o golpéale el hombro y pregúntale en voz alta "¿Te encuentras bien?".

Si la persona no responde y estás con otra persona que puede ayudar, uno de ustedes llame al 911 o al número de emergencias local y traiga el DEA, si hay alguno disponible. La otra persona debe comenzar el RCP.

Si estás solo y tienes acceso inmediato a un teléfono, llama al 911 o al número local de emergencias antes de comenzar la RCP. Si tienes un DEA cerca, tráelo.

Tan pronto como tengas el DEA, proporciona una descarga si lo indica el dispositivo y, luego, comienza a hacer RCP.

También nombramos unas de las muchas situaciones de emergencia, en las que la gente necesitarían que les realizasen una RCP:

- Accidentes.
- Estar a punto de ahogarse.
- Asfixiarse.
- Intoxicarse.
- Ataque de corazón (o infarto de miocardio).
- Sobredosis de droga.
- Inhalación de humo.
- Lesiones por electrocución.
- Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

Otro dato muy importante , es que hay que saberse los 3 pasos fundamentales para realizar una RCP, a los que llamamos C-A-B, por que se refieren a:

C: compresiones (en inglés "compressions").

A: vía respiratoria (en inglés "airway").

B: respiración (en inglés "breathing").

Un dato muy importante también es, PAS, siempre que suceda un accidente hay que recordar este monosílabo, que significa Prevenir o proteger, ayudar y socorrer.

También hablaremos más tarde, de las distintas maneras de realizar una RCP a diferentes tipos de personas, es decir, si es un niño, un adulto, o un bebé de 4 semanas o más.

Y por último, hay que saber muy bien como detectar una parada cardiopulmonar, y como actuar ante cualquier situación de este tipo.

2 Objetivos

Describir el proceso de reanimación cardiopulmonar.

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

Lo que hemos podido sacar en claro sobre la Reanimación cardiopulmonar (RCP) es:

- Que la RCP es un procedimiento de emergencia que puede mantener la circulación y la respiración del afectado, hasta la llegada de ayuda médica de emergencia, es decir, para entenderlo mejor, es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se realiza cuando alguien ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar.

Existen 2 tipos, la básica y la avanzada, ya definidas anteriormente.

Y como bien hemos dicho antes, la Asociación Americana del Corazón da ciertos consejos, que los desarrollaremos en este apartado, para:

- Persona sin capacitación. Si no has recibido capacitación en RCP o no estás seguro de si puedes hacer respiraciones de rescate, solamente haz RCP con las manos. Esto significa hacer compresiones ininterrumpidas en el pecho, entre 100 y 120 por minuto, hasta que lleguen los paramédicos. No es necesario que se intente hacer respiración de rescate.

- Persona capacitada y lista para actuar. Si se está bien capacitado y se tiene confianza en las habilidades de uno mismo, hay que comprobar si hay pulso y respiración. Si dentro de los 10 segundos no hay pulso ni respiración, hay que comenzar a hacer compresiones en el pecho. Se comienza la reanimación cardiopulmonar con 30 compresiones en el pecho antes de hacer dos respiraciones de rescate.
- Persona con capacitación pero que hace tiempo que no practica. Si se ha recibido capacitación en RCP en el pasado pero te sientes inseguro de tus habilidades, hay que limitarse a hacer entre 100 y 120 compresiones en el pecho por minuto.

Como bien hemos dicho antes, antes de comenzar una RCP, siempre hay que verificar las siguientes cuestiones:

- ¿La persona está en un entorno seguro?
- ¿La persona está consciente o inconsciente?
- Si la persona parece inconsciente, tócale o golpéale el hombro y pregúntale en voz alta "¿Te encuentras bien?".
- Si la persona no responde y estás con otra persona que puede ayudar, uno de ustedes llame al 911 o al número de emergencias local y traiga el DEA, si hay alguno disponible. La otra persona debe comenzar el RCP.
- Si estás solo y tienes acceso inmediato a un teléfono, llama al 911 o al número local de emergencias antes de comenzar la RCP. Si tienes un DEA cerca, tráelo.
- Tan pronto como tengas el DEA, proporciona una descarga si lo indica el dispositivo y, luego, comienza a hacer RCP.

Los 3 pasos fundamentales, llamados C- A- B, son esenciales para poder realizar una RCP:

Compresiones: restaurar el flujo sanguíneo. Resumidamente vamos a explicar como llevaríamos a cabo esta técnica:

1. Acuesta a la persona de espalda sobre una superficie firme.
2. Arrodíllate junto al cuello y los hombros de la persona.
3. Coloca la parte inferior de la palma (base) de tu mano sobre el centro del pecho de la persona, entre los pezones.
4. Coloca tu otra mano encima de la mano que está sobre el pecho. Mantén los codos estirados y coloca tus hombros directamente encima de tus manos.
5. Presiona hacia abajo el pecho (comprime) al menos 5 centímetros, pero no más de 6 centímetros. Usa todo el peso de tu cuerpo (no solo tus brazos) cuando hagas compresiones.
6. Presiona el pecho con firmeza a un ritmo de 100 a 120 compresiones por minuto.
7. Si no estás capacitado en reanimación cardiopulmonar, continúa realizando

compresiones en el pecho hasta que haya señales de movimiento o hasta que llegue el personal médico de emergencia.

Vías respiratorias: abre las vías respiratorias. Explicado brevemente sería, si estás capacitado en RCP y has realizado 30 compresiones del pecho, abre las vías respiratorias de la persona mediante la maniobra de inclinarle la cabeza y levantarle el mentón. Coloca la palma de tu mano sobre la frente de la persona e inclínale suavemente la cabeza hacia atrás. Luego, con la otra mano, levántale suavemente el mentón hacia adelante para abrir las vías respiratorias.

Respiración: respira por la persona. La respiración de rescate puede ser boca a boca o boca a nariz, si la boca está gravemente lesionada o no se puede abrir.

Como bien hemos dicho en la introducción, vamos a explicar brevemente como se haría una RCP a un niño, se realizarían los mismos pasos citados anteriormente, colocando al niño de espalda sobre una superficie firme, y empezando a hacer compresiones durante aproximadamente 2 minutos, y luego hay que llamar al 911 lo antes posible, siguiendo de un boca a boca metiéndole 2 respiraciones.

En caso de un bebé de 4 semanas o más, nunca hay que sacudirlo, se llamaría lo antes posible al 911, y mientras llega la ayuda, se pone al bebé con cuidado sobre una mesa o algo firme, y se le comprime con mucho cuidado el pecho a aproximadamente 4 centímetros, y se debe presionar con firmeza a un ritmo de 100 a 120 compresiones por minuto, como si le estuvieses haciendo RCP a un adulto, siguiendo después del boca a boca metiéndole 2 respiraciones y tapando la boca y la nariz del mismo bebé.

Para saber detectar una parada cardiorrespiratoria y, sobre todo para saber como actuar ante cualquier tipo de situación similar es necesario seguir las siguientes pautas:

1. Asegura el lugar de los hechos. Elimina los peligros que amenacen tu seguridad, la del paciente o la de las personas que ahí se encuentren.
2. Comprueba el estado de consciencia de la víctima. Arrodíllate a la altura de los hombros de la víctima y sacúdelos con suavidad.

Acércate a su cara y pregúntale en voz alta si se encuentra bien:

Si responde: deja a la víctima en la posición en que se encuentra y pasa a realizar una valoración secundaria, poniendo solución a los problemas que vayas detectando.

Si no responde:

3. Pide ayuda sin abandonar a la víctima y colócale en posición de reanimación. Boca arriba con brazos y piernas alineados sobre una superficie rígida y con el

tórax al descubierto.

4. Abre la vía aérea. Coloca una mano sobre la frente y con la otra tira del mentón hacia arriba, para evitar que la lengua impida el paso del aire a los pulmones.

5. Comprueba si la víctima respira normalmente manteniendo la vía aérea abierta (ver, oír, sentir durante no más de 10 seg.).

Si la víctima respira normalmente:

- Colócala en posición lateral de seguridad (PLS).

- Llama al 112 o busca ayuda.

Ilustración de boca a boca.

- Comprueba periódicamente que sigue respirando.

Si la víctima no respira normalmente:

6. Pide ayuda, llama al 112 o pide a alguien que lo haga e inicia 30 compresiones torácicas en el centro del pecho.

7. Realiza 2 insuflaciones con la vía aérea abierta (frente-mentón) y la nariz tapada.

Ilustración de boca a boca. Si el aire no pasa en la primera insuflación, asegúrate de estar haciendo bien la maniobra frente-mentón y realiza la segunda insuflación, entre o no entre aire.

8. Alterna compresiones - insuflaciones en una secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) a un ritmo de 100 compresiones por minuto.

9. No interrumpas hasta que la víctima inicie respiración espontánea, te agotes o llegue ayuda especializada.

Y, por último, como bien hemos nombrado anteriormente, el principal objetivo general de dicha técnica es proporcionar oxígeno al cerebro, corazón y otros órganos vitales, intentando evitar la muerte de la víctima, hasta que el tratamiento médico adecuado y definitivo permita establecer la actividad cardíaca y ventilatoria normal.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos obtenidos, es muy importante la enseñanza de las maniobras de RCP básicas, y un buen método de formación para preparar sobre todo, a los padres en el manejo de éstas técnicas.

Hay artículos que afirman que la formación en RCP básica vaya dirigida a sanitarios, personal de protección civil (bomberos, policías, socorristas), educadores, cuidadores de guarderías, conductores de ambulancias, padres de niños en riesgo de padecer una parada cardiorrespiratoria (prematuros, niños con cardiopatías y/o enfermedad pulmonar crónica, niños traqueotomizados, pacientes con ap-

nea) y familiares de adultos con riesgo de muerte súbita e intentar alcanzar a toda la población general mayor de 12 años.

El objetivo ,a largo plazo es formar al mayor número de personas en RCP, ya que cualquiera puede ser el primer reanimador de una parada cardiorrespiratoria (accidente de circulación, parada brusca en el domicilio o en la calle) y convertirse en el primer eslabón de la cadena de supervivencia.

En este mismo artículo , a pesar de que no existen en nuestro país programas adecuados de formación de la población general, es decir no existen programas indicados a la RCP, se demuestra que es posible una formación organizada y que el programa aplicado es adecuado para una población muy diversa en edad y nivel sociocultural, ya que el método utilizado es muy bien aceptado y consigue que un elevado porcentaje de los alumnos alcance una preparación teórica y práctica suficiente.

La inclusión del módulo de RCP dentro de un curso de prevención es bien aceptada por los alumnos y permite incorporar la formación en los aspectos de la prevención y la atención de las situaciones vitales o no de la vida cotidiana.

Estos cursos deben realizarse con pocos alumnos y con maniobras realizadas sobre maniqués con simulación de casos prácticos La formación debe preparar a los alumnos para la atención a las situaciones más frecuentes tanto en los niños como en los adultos. Para adquirir la habilidad y el entrenamiento adecuados, es imprescindible la práctica secuencial y repetida de las diversas maniobras de reanimación aplicándolas sobre maniqués en grupos pequeños de alumnos, hasta conseguir que su realización sea casi automática.

Las RCP en el adulto y en el niño tienen algunas características diferentes tanto en sus causas como en las maniobras que realizar, lo que obliga a efectuar un entrenamiento diferenciado.

Los resultados obtenidos en la evaluación teórica y práctica demuestran que un importante porcentaje de los alumnos adquieren unas habilidades suficientes en RCP básica, lo que confirma la utilidad y eficacia de los cursos de formación teórico-prácticos como método de enseñanza. Las diferencias encontradas en las prácticas del niño con respecto a las del adulto y el lactante son pequeñas y podrían deberse a diferencias de valoración entre los monitores, ya que, a pesar de existir unos criterios de valoración preestablecidos, la evaluación práctica está sujeta a mayor influencia subjetiva del monitor que la teórica. Y cuando se comparan los resultados de los 2 grupos , no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, lo que demuestra que la mayoría de los alumnos es capaz de aprender la RCP básica independientemente de su nivel cultural o profesional.

Solamente los alumnos que superaban los 50 años obtuvieron una puntuación inferior a la del resto de los alumnos, probablemente por la disminución de la capacidad de aprendizaje con el aumento de la edad.

La evaluación del curso realizada por todos estos participantes mostró una buena elaboración en cuanto a la utilidad de las RCP para la vida cotidiana, la capacitación para evitar accidentes y para actuar correctamente si éstos se producen. En resumen, concluimos, que es posible una formación adecuada en RCP básica en la población general, independientemente de la edad y el nivel sociocultural. Los cursos de RCP son un método útil de formación que consigue que los ciudadanos mejoren su capacidad para resolver situaciones de emergencia. Su inclusión dentro de un curso de prevención y atención a los accidentes, hecho no referido previamente, permite realizar una formación integral más completa y adaptada a las situaciones reales. Dada la baja tasa de ciudadanos entrenados en RCP, es necesario que las instituciones sanitarias, tanto de ámbito nacional como local, realicen planes de formación de la población general en prevención y atención de las situaciones de emergencias y RCP básica, y que todos los profesionales sanitarios se impliquen en esta tarea.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/first-aid/first-aid-cpr/basics/art-20056600>.
2. https://www.cruzroja.es/prevencion/hogar_09.html.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000010.htm>.
4. <https://www.cincinnatichildrens.org/espanol/temas-de-salud/alpha/r/cpr-adults>.
5. <https://kidshealth.org/es/parents/cpr.html>.
6. <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/primeros-auxilios/reanimacion-cardiopulmonar-primeros-auxilios>.
7. <http://www.medicina.ues.edu.sv/habilidadesydestrezas/documentospdf6/RCP%20II%20ciclo%20II%20%20web%202017.pdf>.
8. <https://www.unav.edu/documents/29044/2995888/curso-sva-20230514.pdf>.
9. <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/reanimacion-cardiopulmonar/reanimacion-cardiopulmonar-6026>.
10. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-ensenanza-reanimacion-cardiopulmonar-basica-poblacion-13068217>.

Capítulo 101

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA FUNCIONES CON EL PACIENTE EN UNIDAD DE QUEMADOS

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

1 Introducción

Lo primero que debemos saber es que es la unidad de quemados, por lo que decimos que esta es un área especial y con alta complejidad que esta integrada en un medio hospitalario ya sea exclusivo de quemados o general, dotado con recursos necesarios para atender a estos pacientes.

Las quemaduras son lesiones físicas en la piel provocando daño a uno o varios tejidos provocadas por agentes físicos o químicos.

Son características por su desnaturalización y destrucción celular provocando la pérdida de continuidad en la piel.

Aquí se explicará el proceso de actuación ante una quemadura realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dependiendo de la zona afectada,

la extensión y el grado de la quemadura, valorando los tipos de cuidados que necesita.

Según la OMS indica que las quemaduras establecen un problema a nivel mundial en la salud pública produciéndose la mayoría en países de bajo-medio nivel de ingreso.

Se estima que el 1 % de la población ha sufrido alguna quemadura grave y que unos 500.000 requieren de atención sanitaria.

En España son unas 120.000 personas las que sufren algún tipo de quemadura cada año y el 5 % de ellos precisan atención sanitaria-hospitalaria.

Los datos de mortalidad son de aproximadamente unas 200 personas al año uniendo todas las edades

2 Objetivos

- Describir las competencias necesarias para proporcionar los cuidados en pacientes quemados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Conocer el protocolo de actuación en la unidad de pacientes quemados.

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: Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En los pacientes quemados siempre tenemos que tener precauciones por lo que aquí vamos a explicar cuales son y como debemos actuar para prevenir complicaciones.

- En pacientes con quemaduras eléctricas lo que tendremos que prevenir es que este tipo de quemaduras tienen las necesidades de estar bien hidratadas, normalmente mas que otro tipo de quemaduras ya que estas suelen ser internas. Suelen ir acompañadas de alguna complicación causada por la vía eléctrica como puede ser taquicardias, fibrilación, etc., también pueden afectar a los huesos y a la musculatura como por ejemplo tetania, necrosis muscular, etc. o renales.

- En pacientes con quemaduras e inhalaciones con sustancias tóxicas, debemos de tener en cuenta como han afectado estas sustancias a los pulmones y vías respiratorias y que daños han podido causar, debido a la cantidad de absorción del tóxico pudiendo provocar una sobreestimación de los valores de saturación de oxígeno.

- Por otro lado están los pacientes con quemaduras dérmicas de cualquier etiología o localización.

Lo primero que haremos junto al equipo sanitario será realizar una valoración, atendiendo a su profundidad, agente y a su grado de extensión.

Se realizará la llamada regla de los nueve, consistiendo en dividir en regiones el cuerpo en múltiplos del 9 % en total.

1. Cabeza y cuello 9 %.

2. Pecho y abdomen 18 %.

3. Espalda 18 %.

4. Brazo y mano 9 %.

5. Pierna, pie y glúteo 18 %.

6. Genitales y zona perineal 1 %.

Después atenderemos a la profundidad de la quemadura del paciente, esta se podrá clasificar en grados.

- Primer grado: solo afecta a la parte externa de la piel, causando dolor y enrojecimiento en la piel, pero no causan secuelas graves.

- Segundo grado: afectan a la parte externa y subyacente de la piel, causando dolor, enrojecimiento y ampollas, estas pueden dejar cicatrices.

- Tercer grado: afectan a las capas mas internas de la piel, llamadas de espesor total, la piel es blanquecina, oscura o quemada, con estas quemaduras no suele haber dolor y si suele tener secuelas en su curación.

Estas quemaduras también se dividen en dos grupos, estos son:

I. Quemaduras menores: son todas las quemaduras de primer grado y de segundo grado de 5-7 cm de ancho.

II. Quemaduras mayores: son todas las quemaduras de tercer grado y de segundo grado mayores de 5-7 cm de ancho.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben estar preparados ante cualquier situación y saber que las quemaduras producen una respuesta hipermetabólica por la perdida de calor y la perdida de beta-adrenérgica teniendo la necesidad de tener un aporte de nutrientes para evitar complicaciones negativas. Ante un paciente quemado grave al principio a este siempre se le alimentará por vía parenteral habiendo un equilibrio hídrico y electrolítico previo.

En la cura de heridas producidas por quemaduras habrá que observar si la herida supura y si existe un borde eritematoso, de todo esto se le informará al personal de enfermería.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también controlará los signos y síntomas que pueden llevar a una septicemia, estos síntomas son temperatura, frecuencia respiratoria-cardíaca, glucemias, muestras de orina, sangre, esputos, etc.

También estará atento a los dolores en el paciente, y si este no los puede mostrar de forma oral se observarán los signos que muestre de gestos, temperatura y ritmo cardíaco.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también tendrá que tener en cuenta su evolución y recuperación tanto a nivel físico como psicológico y social, ayudando al paciente en todo lo necesario dándole recomendaciones y explicándole técnicas de recuperación que previamente le haya indicado el personal de enfermería.

A todo esto relacionado con el plan de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería frente a un paciente quemado hay que sumarle los cuidados comunes que todo personal técnico realiza en una hospitalización normal, desde la ayuda al diplomado de enfermería en todo lo requerido por este hasta la higiene, movilizaciones, ayuda en la comida, medicación oral, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que las quemaduras son un porcentaje bastante importante respecto a la provocación de accidentes y muertes.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel importante a la hora de actuar frente a este tipo de paciente, ya que, requieren en un alto porcentaje su actuación frente a ellos.

Por ello este, debe identificar las necesidades de estos pacientes con facilidad y actuar de forma precoz para evitar posibles complicaciones, siempre ayudando en lo necesario al personal de enfermería y trabajado de forma coordinada junto a él.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para realizar un buen plan de actuación en la unidad de quemados, deberá estar perfectamente formado y cualificado, para poder atender a cada necesidad del paciente

6 Bibliografía

1. <http://www.areasaludplascencia.es/wasp/pdfs/7/711105.pdf>.
2. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/Fesp/Fesp1.pdf>.
3. <https://revistamedica.com/cuidados-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeriapaciente-quemado/>.
4. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>.

Capítulo 102

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

1 Introducción

El Trastorno Psicótico Breve ("Bouffée délirante o "descompensación psicótica" o "psicosis reactiva") es un síndrome psicótico agudo y transitorio que persiste de un día a un mes, con posterior recuperación completa del nivel de funcionamiento psíquico premórbido. Suele sobrevenir en respuesta a un factor o factores de estrés psicosocial relevantes en la vida del paciente. El DSM-V diferencia los Episodios Psicóticos Breves con notorio estrés, sin estrés determinado y de inicio postparto.

Los episodios psicóticos breves suelen afectar a pacientes con Trastorno de Personalidad especialmente con trastorno de personalidad Límite, Trastorno de personalidad Histriónico, Esquizotípico y Esquizoide, de mayor vulnerabilidad psicológica y/o biológica.

Una vez confirmada la presencia de estos síntomas conviene realizar una evaluación de sus posibles causas. El primer paso será comprobar el nivel de conciencia y la capacidad de atención y concentración; cuando estas función están alteradas lo más probable es que se trate de un síndrome confusional agudo (delirium), debiendo entonces proceder de una forma sistemática para averiguar su origen. Si el nivel de conciencia y la atención están preservados conviene explorar las funciones intelectuales, pues no es infrecuente diagnosticar una demencia tras un episodio psicótico en el anciano. Descartadas estas dos posibilidades queda una lista muy variada de enfermedades, fármacos y tóxicos que deberán ser descartadas mediante la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias correspondientes. Tras realizar este estudio se podrá asumir el diagnóstico de un probable trastorno psicótico primario, debiendo derivar al paciente al especialista para que precise el tipo (esquizofrenia, paranoia, trastornos afectivos con síntomas psicóticos).

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es acercar mediante un caso clínico expuesto por un grupo de auxiliares de enfermería (TCAE), este trastorno psicótico breve y poder diferenciarlo de otros trastornos psicóticos.

3 Caso clínico

Beatriz es una ingeniera de caminos, viuda de 51 años, se presenta en el servicio de urgencias el hospital Virgen de la Salud de Toledo manifestando estar infectada de garrapatas, al no hallar en el servicio de urgencias signo alguno de picadura de este animal y ante la insistencia de Beatriz de que habían entrado en su oficina y la habían picado más de 50, el médico la recomienda que para que esté más segura y la puedan tratar la recomiendan el ingreso hospitalario al cual ella accede.

Beatriz comienza el relato cuando un compañero se llevó al trabajo su perro porque lo acababan de operar y para vigilarlo se lo llevó a la oficina, desde entonces empezó a ver como del perro salían bichos y empezaban a engordar y se metían en los sillones del despacho, en la sala de juntas y en cada rincón de toda el área de la oficina, oía como se movían y cuando llegaba a su casa tiraba la ropa porque las garrapatas se habían metido en los bolsillos, esta situación empeoró cuando durmiendo, las garrapatas empezaron a picarla y ya tuvo que acudir al servicio de urgencia. Este episodio coincide con una gran carga de trabajo, el

diagnóstico de cáncer de su madre y la mudanza que había sufrido el mes anterior. Después de permanecer un par de días ingresada se le recetó medicación antipsicótica y se la citó cada cuatro días en consulta a su valoración e iniciar psicoterapia.

Los trastornos de Beatriz con un rápido regreso a un pleno funcionamiento sugieren un trastorno psicótico breve con factores de estrés notable debido a los últimos acontecimientos acaecidos y el tratamiento le está funcionando bien.

4 Discusión-Conclusión

Dada la habitual falta de conciencia de enfermedad del enfermo con esquizofrenia es frecuente que este necesite ser motivado y acompañado para poder llegar a consultar por familiares y/o compañero de trabajo, habitualmente por conflictos interpersonales y las consecuencias negativas en su desempeño laboral.

Además, el paciente es muy vulnerable al estrés, incluso frente a situaciones habituales del trabajo y de la familia. De forma típica, el paciente pierde iniciativa y motivación, se muestra desganado, es menos efectivo en el desempeño de sus tareas y pierde la autocritica. En consecuencia, suele cometer errores o llevar a cabo conductas inapropiadas, sin conciencia de responsabilidad y negación de sus implicaciones. De forma gradual, la conducta del paciente esquizofrénico se hace desorganizada e inadaptada, hasta poder llegar a ser caótica, en una descompensación aguda o cuando alcanza suficiente gravedad en un curso torpe.

5 Bibliografía

1. Alfaro, R.: Aplicación del Proceso de Enfermería. Doyma, Barcelona, 1988 [Links].
2. Arrecherra Aranzadi, J.J.: Psiquiatría y ley. El enfermo mental ante la ley. Madrid, 2004 [Links].
3. Asnis G.M.; Kaplan M.L.; Hundorfean, G. y otros: Violence and homicidal behaviours in psychiatric disorders. Psychiatric Clinical of North America, 1997, 45: 133-137 [Links].
4. Asociación médica americana: "Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes". Madrid, Insero, 1994 [Links].
5. Bobes García, J. (Coordinador): Salud Mental. Enfermería psiquiátrica. Síntesis, 1994 [Links].
6. Brodsky, C.M.; Epstein, L.J.: The psychiatric disorders of aging in the work organization. Occupational Medicine, 1996, 11 (4): 739-744 [Links].

Capítulo 103

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ASEO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MEMBRILLA

JOAQUIN GAITANO ROBLEÑO

ISABEL DÍAZ COTILLAS

JOSEFA PÉREZ ROS

AMALIA GARCIA LAJARA

1 Introducción

La higiene puede denominarse como el conjunto de actividades que se hacen para conservar y aumentar la salud y prevenir enfermedades. Pueden distinguirse dos tipos de higiene: la individual (conjunto de hábitos y normas encaminados a preservar la salud de la persona) y la social (normas que se aplican a la comunidad), y juntas constituyen a una completa salud.

En el entorno sanitario, donde se tiene contacto constante con los enfermos, la higiene constituye la clave que se debe cuidar con todo detalle.

La higiene del paciente recae en el/la Técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE), ayudado por el celador y con supervisión de la enfermera, y con ella,

no solo conseguimos proporcionar esa higiene necesaria, conocer el estado de la piel y grado de movilidad del paciente , sino que además, permite abrir una puerta para profundizar en sus sentimientos, creando un clima de intimidad que favorece la comunicación, su bienestar y mejora su calidad de vida.

Normalmente se hace una vez al día, salvo que sea necesario efectuar algunos lavados parciales durante la jornada. Es necesario crear un lazo de luz para que no sienta que invade su intimidad, es esencial.

Palabras claves: funciones TCAE, aseo paciente encamado, aseo hospitalario, técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el aseo del paciente encamado, tareas TCAE.

2 Objetivos

Describir la importancia y funciones del TCAE en el aseo de los pacientes encamados.

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

Procedimientos:

En primer lugar, tendremos en cuenta varias consideraciones comunes, tales como:

Informar y explicar al paciente lo que vamos a hacer, y si es posible, pedirle su colaboración.

Evitar corrientes y mantener una temperatura adecuada, alrededor de 22-24 grados.

Mantener su intimidad al máximo con biombos o cortinilla, además de procurar no desnudarlo del todo, sino por partes a medida que lavemos cada zona.

Mover al paciente suavemente, sobre todo en casos de pacientes más graves.

Tener mucho cuidado con dispositivos que el paciente pudiera tener conectados, como sondas, drenajes o sueros.

Tener preparado todo el material necesario para actuar lo más rápido posible.

Con las manos limpias, se prepara el material del aseo y la ropa del paciente y de la cama e un carro.

Entre el material necesario para el aseo general, incluiremos siempre:

Guantes desechables.

Palangana que llenaremos antes del aseo con agua templada.

Esponjas jabonosas.

Toallas grandes y de lavabo.

Ropa limpia, tanto para paciente como para la cama.

Crema hidratante y colonia.

Bolsa de desechos.

Cuña o botella.

Dependiendo de zonas específicas o particularidades del paciente, se debe incluir material adicional.

Procedimiento del aseo general:

Siguiendo con los protocolos, comunicaremos al paciente lo que vamos a hacer y preservamos intimidad con biombo o cortinilla.

Frenamos la cama y la ponemos a nuestra altura adecuada.

Ponemos guantes.

Colocamos al paciente en decúbito supino.

Mojamos esponja y escurrimos bien para no mojar la cama, empezamos por la cara, solo con agua, la zona de los ojos se lavará desde la zona del lagrimal hacia fuera, seguimos con nariz, boca y cara (también se podrían utilizar gasas, que tiraremos a la basura después de cada zona) y después, secamos con ligeros toques.

Seguidamente, retiramos pijamas o camión en a zona de arriba y lavamos orejas, cuello y hombros con esponja jabonosa bien escurrida, torso, brazo, antebrazo y mano (zona interdigital) y por último la axila, que es lo más sucio junto con la región submamaria. Secamos bien y nuestro compañero hará lo mismo desde si lado. Tapamos con una toalla al paciente.

Descubrimos zona abdominal y jabonamos insistiendo en zona ombligo y bajamos a zona púbica, aclaramos y secamos muy bien, sobre todo ombligo, y reservamos la toalla, porque ahora podremos cubrir al paciente con la sabana de abajo hacia arriba para seguir con los miembros inferiores.

Cambiaremos el agua si fuera necesario y lavamos cada extremidad descendiendo desde la ingle a pies (especial cuidado en zona interdigital), mejor con las

piernas flexionadas, si fuera posible, para continuar luego con el lavado genital, aclaramos y escurrimos nuevamente.

Para el lavado genital, aunque haya empapadores o entremetida, es mejor poner una cuña para que el agua escurra abundantemente. Si la paciente es una mujer, se lavara la zona con una esponja jabonosa de arriba hacia abajo, limpiando minuciosamente labios y meato urinario y se seca todo cuidadosamente con una toalla pequeña. Si el paciente es un varón, se usara una esponja jabonosa retirado el prepucio para poder lavar bien el glande y el surco balanoprepucial, aclararemos bien todo, secaremos y colocaremos el prepucio nuevamente. En ambos casos, la esponja se desecha.

A continuación, colocamos a paciente en decúbito lateral, y procedemos al lavado de espalda, cuello, glúteos (especial atención en pliegue interglúteo) y región anal.

El TCAE que realice el lavado será el contrario al paciente y después des secado, se puede aprovechar para echar crema hidratante.

Una vez acabado el aseo, se procederá a enrollar la sabana entremetida, en caso de llevarla y la bajará, hacia el centro de la cama, longitudinalmente, para que sea más fácil secarla por el otro lado e ir colocando la ropa limpia a su vez. Con el paciente en decúbito supino, terminaremos de echar crema en torso y abdomen y acabaremos de vestir la cama con la ropa limpia. Pondremos camisón o pijama, peinamos y echamos colonia si el paciente quiere y le dejamos en una posición en la que se encuentre cómodo.

Dejamos todo recogido en el carro, nos quitamos los guantes e higienizamos las manos.

En los aseos, es cuando mejor se puede observar el estado de la piel y si existen rojeces o zonas de presión en as zonas más susceptibles a úlceras por presión y en caso de que las hubiera, curarlas.

5 Discusión-Conclusión

Si tenemos un paciente encamado en la unidad, que si por diagnóstico y tratamiento va a permanecer mucho tiempo con nosotros, aprovecharemos el momento del baño para colocarle un colchón antiescaras.

Se recomienda la higiene oral mediante el uso de clorhexidina para la prevención de la neumonía asociada a ventilación.

El aseo es muy importante para los pacientes, ya que aparte de proporcionarles bienestar, higiene y seguridad, estos establecen un vínculo con la TCAE debido

al cuidado que ejerce sobre ellos.

Mantener una buena higiene en los pacientes encamados es vital para prevenir enfermedades e infecciones en la piel y en uñas. Como úlceras por presión y lesiones por humedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.asisted.com/blog/aseo-del-paciente-encamado-protocolo-de-actuacion/#::text=Al%20retirar%20el%20camis%C3%B3n%20o,%C3%A1rea%20limpia%20con%20la%20toalla>.
2. <https://www.bi2t.es/aseo-del-paciente-encamado>.

Capítulo 104

EL PACIENTE TERMINAL HOSPITALIZADO DESDE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA

SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SILVIA ALONSO ALBUERNE

1 Introducción

El concepto de muerte está fuertemente condicionado por las características culturales, especialmente por las convicciones éticas y religiosas, de una sociedad, de un individuo. De todos los conceptos posibles de la existencia, quizá el de la muerte sea el más fácil de definir y el más difícil de asumir. El rechazo a la idea de la muerte es algo connatural a la propia existencia. Irónicamente, como diría Woody Allen “quizá la no existencia no sea tan divertida como la existencia”. Las causas de ese miedo o rechazo que nos suscita la muerte varían mucho de unas personas a otras, causas:

- El hecho de que se trate de un viaje sin retorno.
- La incertidumbre, ignoramos lo que hay después de la muerte.

- La imposibilidad de concluir una labor: muchas personas piensan que han venido al mundo para cumplir una misión encomendada por la Providencia. Otros afirman que les daría mucha rabia morir sin concluir la obra que están engendrando. Finalmente, algunos temen que si mueren dejarán desasistidos a quienes dependen de ellos. Ciertamente es que nuestra sociedad actual se ha hecho menos tolerante al dolor y al sufrimiento, tan vinculados ambos con el advenimiento de la muerte. El miedo a la muerte es un sentimiento lógico.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar de enfermería ante un paciente terminal hospitalizado.

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

Hay dos momentos cruciales para el ser humano: el nacimiento y la muerte. Aunque somos conscientes de que “empezamos a morir desde el momento en que nacemos” y que la muerte no es lo opuesto a la vida, sino una parte de ella, nos asusta lo desconocido.

Cuando la enfermedad se vuelve incurable y terminal, nuestros objetivos como sanitarios (Auxiliar de Enfermería) serán aliviar los dolores físicos y morales, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ayudando al enfermo hasta el final con el respeto que merece la dignidad del hombre.

Lasagna define enfermedad terminal: “El estado de enfermedad cuya presencia provoca en la mente del médico, del paciente y de la familia una expectativa de muerte como consecuencia directa de la misma enfermedad”. De este modo, la enfermedad terminal incluye a un grupo de enfermos cuya supervivencia puede

variar desde pocas semanas a algunos meses. “La enfermedad incurable es aquella que con los conocimientos médicos actuales no tiene posibilidad de curación, pero el pronóstico de vida del enfermo puede ser más o menos largo”.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) recoge de forma clara las características que han de concurrir en la enfermedad terminal para que pueda ser calificada como tal y son:

1. Presencia de una Enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Etapas psicológicas del paciente terminal:

- Etapa de negación.
- Etapa de ira.
- Etapa de pacto o negociación.
- Etapa de depresión.
- Etapa de aceptación.

Cuando un enfermo está en fase terminal, la decisión de morir en casa o en un centro hospitalario también está sujeta a dilemas:

Morir en casa, las ventajas son:

- Estar rodeado de familiares y amigos.
- Permanecer en un ambiente conocido junto a sus objetos personales.
- Mayor flexibilidad de horarios y normas.
- Menos posibilidades de aislamiento de despersonalización.

Inconvenientes:

- Posibilidad de llegar al cansancio o claudicación familiar.
- Cuidados menos especializados.
- Se puede llegar a situaciones de conflicto por la situación de tensión mantenida por parte de los familiares.
- Dificultad de tipo económico.

Morir en el hospital, las ventajas:

- Menor cansancio de los cuidadores (rotación de profesionales).
- Cuidados más técnicos.
- Posibilidad de pruebas y tratamientos específicos.

Inconvenientes:

- Estar rodeado de desconocidos (otros pacientes, profesionales).

- Dificultad para expresar sus emociones en un ambiente poco propicio o extraño para el paciente.
- Reglas y horarios estrictos y poco pensado, a veces, en beneficio del paciente.
- Más posibilidades de despersonalización y aislamiento.

Eutanasia:

La eutanasia significa buena muerte o bien morir.

La eutanasia se clasifica atendiendo a distintos criterios no exentos de consideraciones éticas, morales o judiciales:

- Voluntaria e involuntaria: se basa en si es solicitada o no por parte del enfermo.

La eutanasia voluntaria, cuando un enfermo manifiesta su deseo de morir, lo que primordialmente busca es acabar con una serie de condicionantes que le hacen la vida demasiado dura e imposible: dolor, soledad, incapacidad, ser una carga, degradación física. Sería más ético aliviar estos sufrimientos que eliminar al que sufre. Numerosos especialistas en enfermedades terminales coinciden en que las peticiones de eutanasia suelen terminar cuando los pacientes reciben tratamientos paliativos.

La eutanasia involuntaria no es aceptada por ningún código ético, mortal, religioso ni legal. Va en contra de todo derecho a la defensa y a la protección de la vida, aceptar que alguien tiene el poder de dar muerte a otro sin justificación, por el simple echo de ser viejo, inútil, anormal o moribundo.

- Activa o pasiva: la activa consiste en la realización de actuaciones que suponen la muerte del paciente, y la pasiva trata de no adoptar medidas tendentes a prolongar la vida del mismo o de la interrupción de un tratamiento médico instaurado anteriormente.

La eutanasia activa puede ser, a su vez, directa o indirecta, según la intencionalidad. Si la acción ocasiona la supresión de la vida es directa (como en el caso de una inyección letal), pero si la acción no tiene el propósito de dar muerte, sino de aliviar síntomas, aunque con ello conlleve acortar la vida del paciente, es indirecta.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda en el tratamiento de los pacientes terminales:

- Atención integral: el principal objetivo de los cuidados paliativos es la atención integral al enfermo en los aspectos físico, emocional, social y espiritual.
- Promoción de la autonomía y la dignidad.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar.
- Concepción terapéutica activa.

- Ambiente adecuado. ambiente de respeto, confort, apoyo, seguridad y comunicación.
- Trabajo en equipo. Para conseguir un cuidado total, activo y continuado del paciente y su familia es necesario un trabajo en equipo y la coordinación de sus miembros. Por eso lo forman un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.

6 Bibliografía

1. Universidad de Murcia. Facultad de enfermería (www.um.es).
2. Gobierno de La Rioja (universidad. www.larioja.org).
3. Auxiliar de enfermería 2018. Mc Graw Hill interamericana de España S.L.
4. Enfermería en cuidados intensivos (hospital universitario de Asturias).

Capítulo 105

EMBARAZO MOLAR O MOLA HIDATIFORME

BEATRIZ VALCARCEL GONZALEZ

NATALIA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

El embarazo molar también llamado mola hidatiforme, enfermedad trofoblástica gestacional o sólo mola es una anomalía en el momento de la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide.

Los cromosomas son los que forman la estructura genética. Los genes son los que llevan la información sobre la forma de crecimiento y funciones del cuerpo.

En cada par de cromosomas que forman el embrión hay uno correspondiente a la madre y uno correspondiente al padre hasta un total de 46 pares. En el embarazo molar hay dos cromosomas paternos y ninguno materno.

En este caso lo que surge es una masa (tumor) que forma el tejido placentario en el interior del útero de la mujer.

La forma que presenta esta masa y que muy característica de ella es la de racimo de uvas.

En la mayor parte de los casos este tumor es benigno, sólo en un 15% puede llegar a ser maligno.

El porcentaje de embarazos molares viene a ser de 1 cada 1000 embarazos en Europa y Estados Unidos, en Asia la tasa sube a 1 cada 100 embarazos por lo que se puede decir que es un trastorno del embarazo bastante frecuente.

Hay dos tipos de embarazos molares: el embarazo molar parcial y el embarazo molar completo.

2 Objetivos

- Conocer más sobre esta complicación en el embarazo que la mayoría de la población no conoce.
- Describir cómo actuar con una paciente con este trastorno.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha obtenido información de diferentes páginas científicas online tales como Medlineplus, Elsevier, Wikipedia, etc. y artículos de publicaciones en medio escrito, así como se han visto videos del canal de YouTube referentes a este tema.

4 Resultados

Hay dos clases de embarazos molares:

- Mola hidatiforme completa: esta clase es la que mejor se detecta porque no hay desarrollo fetal. No existe ni tejido placentario ni embrión normal.

A su vez puede clasificarse en:

1. Diginia o ginogénesis: se denomina así cuando el huevo lleva únicamente genes de la madre; para su fecundación ha formado parte un espermatozoide, el cual no ha aportado ningún gen al huevo.

2. Diandria o androgénesis: se denomina así cuando se forma un cigoto con todos los pares de cromosomas, pero sólo con la dotación genética del padre.

- Mola hidatiforme parcial: en este caso sí hay una placenta normal, pero puede no haber feto o éste ser anómalo.

Esto se debe a que los genes llevan un mayor número de cromosomas de los normales; puede ser debido a una duplicidad en los cromosomas del padre (bien por ser el óvulo fecundado por dos espermatozoides o bien por duplicarse el genoma paterno) o por una mayor aportación genética de la madre.

Los síntomas por los que se puede detectar un embarazo molar son:

- Un excesivo tamaño uterino.
- Sangrado vaginal indoloro (en los primeros meses del embarazo).
- Más vómitos de lo normal en un embarazo.
- Taquicardias.
- Aumento de la presión arterial.
- Proteinuria (alto nivel de proteínas en la orina).

- Elevados niveles de GCH (hormona gonadotropina coriónica humana) en una analítica sanguínea.
- Hipertiroidismo.

Las pruebas por realizar para su diagnóstico son:

- Ecografía (donde se puede ver la forma de racimo de uvas, el tamaño del útero y la presencia o no de ruidos fetales).
- Analítica sanguínea (GCH, TSH).
- Radiografía torácica.
- Pruebas del funcionamiento renal y hepático.
- Resonancia magnética abdominal.
- Análisis de coagulación de la sangre.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento por realizar una vez diagnosticado un embarazo molar consiste en la eliminación del tejido uterino anómalo mediante dilatación o por succión (mediante aspiración) y un posterior legrado.

Si la mujer tiene claro que no va a tener más hijos se le puede realizar una histerectomía (extracción del útero).

Es muy peligroso intentar llevar el embarazo adelante por la posibilidad de grandes riesgos para la salud y la posibilidad de que la mola se convierta en un coriocarcinoma (cáncer).

Tras el tratamiento se han de controlar los niveles de la GCH y evitar el quedarse embarazada en los 6-12 meses posteriores.

Un gran porcentaje de mujeres que padecen un embarazo molar no tienen problemas para tener nuevos embarazos sin problemas.

Tienen un mayor riesgo de padecerlo las mujeres menores de 20 años o las mayores de 35. También aquellas que haya padecido 2 o más abortos espontáneos.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Mola-hidatiforme>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000909.htm>.
3. https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion_humana-144-articulo-aspectos-geneticos-mola-hidatiforme.
4. <https://www.youtube.com/watch?v=8b5MhtoqX2E>.
5. <https://www.youtube.com/watch?v=VU-bO3rX60k>.

6. <https://www.bebesymas.com/embarazo/que-embarazo-molar-cuales-sus-sintomas>.

Capítulo 106

LEUCEMIA: QUÉ ES Y TIPOS

NATALIA GONZÁLEZ LÓPEZ

BEATRIZ VALCARCEL GONZALEZ

1 Introducción

La leucemia es una enfermedad cancerígena de la sangre que afecta a la médula ósea y al sistema linfático. Al ser su transmisión a través de la sangre, puede llegar a afectar a otros órganos.

Se manifiesta por la existencia de un gran número de glóbulos blancos por ello, leucemia significa sangre blanca.

Puede darse tanto en personas adultas como en niños.

A nivel europeo, España tiene una de las tasas más bajas con una incidencia en torno a los 11/100000 habitantes en hombres y en torno a 7/100000 habitantes en mujeres.

La leucemia surge por cambios en el ADN de las células sanguíneas.

Los síntomas más frecuentes son:

- Fiebre.
- Cansancio.
- Falta de ganas de comer.
- Malestar o dolor en articulaciones o huesos.
- Palidez.
- Petequias (manchas rojizas) en la piel.
- Ganglios linfáticos inflamados.
- Se sangra o salen moratones con facilidad.

Las pruebas médicas para su detección son:

- Análisis de sangre: para ver el número de plaquetas y glóbulos blancos.
- Examen físico: donde se ha de comprobar el tono y manchas en la piel, ver si los ganglios, hígado y bazo están inflamados.
- Biopsia de la médula ósea (mediante una aguja larga y fina).
- Punción lumbar: para comprobar si en el líquido cefalorraquídeo hay rastro de leucemia.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas de esta enfermedad para intentar hacer una detección precoz.
- Ver su sintomatología y tratamiento para obtener un mayor conocimiento y prestar una mejor 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 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

Hay dos formas de clasificar la leucemia:

1. Por la velocidad en que se extiende:

- Leucemia aguda: se extiende rápidamente por lo que el tratamiento ha de ser agresivo y ha de administrarse lo más rápido posible.
- Leucemia crónica: se extiende lentamente por lo que puede tardar en diagnosticarse y, por ende, se tarda en administrar un tratamiento.

2. Según el glóbulo blanco afectado:

- Leucemia linfocítica: afecta a las células del tejido linfático (linfocitos) que son las que forman el sistema inmunitario.

Puede ser:

Leucemia linfocítica aguda: se da más frecuentemente en niños y jóvenes.

Leucemia linfocítica crónica: es más común en adultos de más de 60 años. Puede tardar en diagnosticarse.

En este tipo de leucemia, a 5 años, un 83% de cada 100 pacientes la superan.

- Leucemia mielógena: afecta a las células mieloides (aquellas que generan las plaquetas y los glóbulos rojos y blancos).

Puede ser:

Leucemia mielógena aguda: se inicia en el interior de la médula ósea. Se da en niños y adultos (más en hombres que en mujeres).

Leucemia mielógena crónica: Puede tardar en diagnosticarse hasta que pasa a una etapa de avance rápido.

En este otro tipo de leucemia, a 5 años tiene una tasa de supervivencia del 40 % y a 10 años se reduce al 30 %.

En España, al año se dan entre 3500 y 4000 nuevos casos de leucemia.

En el 2020 fallecieron en España a causa de la leucemia 3363 personas (1902 hombres y 1461 mujeres).

A nivel mundial, de los fallecidos por cánceres, un 3,1% corresponden a afectados por leucemia.

La supervivencia de los pacientes con leucemia mieloide crónica ha aumentado gracias al uso de un nuevo fármaco que es el imatinib.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento por realizar varía según el tipo de leucemia, la edad, el estado físico del paciente y de las zonas del cuerpo afectadas.

Los tratamientos actualmente más usados son:

- Quimioterapia: su aplicación puede ser a través de pastillas, inyectándola en vena o directamente en la médula espinal.
- Radioterapia: su aplicación se hace a través de Rayos X con lo que se intenta evitar el crecimiento de las células de la leucemia.
- Trasplante de médula ósea: hay que realizar pruebas a varias personas en busca de un donante compatible (siempre y cuando no se puedan usar las células madre del propio paciente).

6 Bibliografía

1. <https://medineplus.gov/spanish/ency/article/001299.htm>.
2. <https://es.wikipedia.org/wiki/leucemia>.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/disease-conditions/leukemia/symptoms-causes/syc-20374373>.

4. <https://www.youtube.com/watch?v=c8YR3A4s9Bc>.
5. <https://www.youtube.com/watch?v=vNF8RbiwIYo>.
6. https://seom.org/images/las_cifras_del_cancer_en_espana_2022.pdf.

Capítulo 107

DEFINICIÓN Y ESTUDIO DE LA PIREXIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

1 Introducción

Fiebre o pirexia, son los nombres que le da la medicina y que corresponde a una subida de la temperatura por encima de lo normal, 37 °C. No es una enfermedad por sí sola, es una muestra de que algo le está pasando al organismo, ya que la fiebre es una defensa de nuestro propio cuerpo, contra un agente interno o externo (1).

Definición simple: Aumento de la temperatura corporal en respuesta a una elevación del punto fijo del Centro Termorregulador (CTR) hipotalámico. Sobre 37,5° de temperatura axilar hablaremos de fiebre. Entre 37° y 37,5° en cambio, hablaremos de febrícula (2).

Es un síntoma/signo de gran incidencia que es uno de los principales motivos de consulta en la población general.

La fiebre no incurre en una condición de gravedad en sí misma, pero si puede ser la manera que tiene nuestro cuerpo de decir que tenemos, una patología más grave. Por otro lado, su posible gravedad puede verse alterada por las posibles patologías crónicas que afectan al paciente (neumopatías, cardiopatías, epilepsia, endocrinopatías, etc.).

La importancia clínica de la fiebre radica en que, siendo un signo fácil y preciso de ver y comprobar, es un buen indicador de enfermedad ya que no está expuesto a variaciones emocionales. También es útil para saber con exactitud la gravedad de este cuadro febril, estudiar la evolución de la enfermedad y su respuesta a tratamiento.

2 Objetivos

- Exponer las posibles causas de fiebre o pirexia.
- Diferenciar el concepto de fiebre e hipertermia

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 Académico, ministerio de sanidad y consumo y diferentes páginas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las infecciones bacterianas o virales son las principales causas que nos encontramos a la hora de que se dé el estado de pirexia. Continuando con segundas causas, aunque, mucho menos común, son las neoplasias y las enfermedades inflamatorias sistémicas (enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, artritis reumatoide). Otras menos comunes son fiebre por fármacos, infarto del miocardio o debido algún trauma.

Es importante diferenciar la fiebre con la hipertermia, ya que en la última existe una subida de la temperatura no controlada por termorregulación hipotalámica,

además esta situación puede en la mayoría de los casos ser potencialmente mortal. La diferencia está dada por una minuciosa historia clínica (actividad física excesiva, exposición previa a calor ambiental excesivo (golpe de calor), no respuesta a los antipiréticos) y no tanto en los registros térmicos o su patrón (salvo cuando la T° es mayor o igual a 42 °C). Es muy difícil y complicados que la fiebre e hipertermia pueden estar presentes conjuntamente en un paciente.

Cuando existe una temperatura corporal central menor a 35°, hablaremos de hipotermia, la cual puede estar causada por exposición a ambientes con temperatura ambiental baja, así como a condiciones patológicas (shock, sepsis, mixedema) o drogas (alcohol, anestésicos, psicofármacos).

Clasificación.

Se la puede clasificar por su temporalidad, lo que es lo mismo que por su duración. Pudiendo ser, aguda que sería aquella que no pasa de los 15 días de duración, como en las infecciones respiratorias, infecciones de piel y partes blandas, infección urinaria. Tiende a las elevaciones de temperatura en horario de tarde.

Nos encontramos con la fiebre prolongada. Es la que se extiende por más de 15 días de duración.

Tendríamos la fiebre de Origen Desconocido. Que según los criterios se observaría, duración de más de tres semanas, temperatura de más de 38,3°C por lo menos en tres ocasiones y no haber llegado a ningún diagnóstico de las causas después de llevar el paciente ingresado una semana o más.

Aunque también se las clasifica por su patrón. En el que la temperatura corporal se mira por su variabilidad diaria, pudiendo ser intermitentes. Las elevaciones térmicas retornan a valores normales durante cada día de fiebre. Ejemplos: abscesos bacterianos, tuberculosis miliar, linfomas siguiendo el patrón de 38-36-38-36 °C...

En la fiebre continua también llamada sostenida: no presenta variaciones mayores a 0,6° C por día. Ejemplos: neumonía neumocócica.

Cuando hablamos de fiebre remitente: es en la que, durante su curso, nunca baja a los valores normales durante cada día de fiebre. La mayoría de las afecciones febriles se presentan de esta manera siendo su patrón de siempre fiebre.

Si hablamos de la fiebre recurrente: En este patrón la fiebre va y viene, pero con periodos de no fiebre. Esta a su vez, puede presentar patrones intermitente, continuo o remitente también llamada fiebre en dromedario por las curvas que se reflejan en gráfica.

En la presentación clínica nos encontramos con los Síntomas: decaimiento, malestar general, sensación de frío o de calor alternándose entre ellos. Además, puede darse cefaleas, palpitaciones, anorexia, sed, somnolencia, hiperestesia

cutánea, dolores musculares y sensibilidad a la luz.

Y en lo referente a los signos: piel sudorosa, ojos brillantes), la cual dependerá de la etapa de evolución de la fiebre, en un principio lo primero que se aprecia son extremidades frías, encontraríamos en condición de reposo una temperatura axilar de 37,5°C, taquicardia y polipnea (aumento de la frecuencia cardiaca en 10 latidos por minuto y de la frecuencia respiratoria en 5 ciclos por min., por cada grado de aumento de la T°).

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de lo que nuestro propio cuerpo o nuestro propio organismo nos da a entender al despertar el proceso de la fiebre llegamos a la conclusión de que referenciándonos en estos síntomas, signos y patrones, podemos llegar a establecer un diagnóstico real de la etiología de la fiebre o pirexia, como también de la hiperpirexia y ya con un diagnóstico, descartar patologías o que nos lleve a otras patologías más graves que se puedan o estar dando y no dieron la cara todavía, esto se hará posible con un con la observación de síntomas como la deshidratación y se deberá comenzar a buscar la probable enfermedad de la que es originaria la pirexia siempre concluyendo con un examen físico completo.

6 Bibliografía

1. <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/fiebre.pdf>.
2. <http://semiologia.med.uchile.cl/general/fiebre>.

Capítulo 108

LA UNIDAD DE QUIRÓFANO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

1 Introducción

El Bloque Quirúrgico lo podemos definir, desde el punto de vista organizativo y estructural. Es por una parte, el espacio donde se agrupa a todos los Quirófanos con las diferentes características y equipamientos necesarios para llevar a cabo todos los procedimientos quirúrgicos previstos y, por otra parte, una unidad organizativa, es decir una organización de profesionales sanitarios por parte de un equipo multiprofesional que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarios y que garantizan y reúnen las condiciones necesarias y adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia para realizar la actividad quirúrgica.

El Bloque Quirúrgico debe situarse en lo que se refiere a cercanía y proximidad física, de la unidad de cuidados intensivos, tener fácil acceso desde el servicio urgencias y las unidades de hospitalización plurivalente asignadas a las especialidades quirúrgicas, y con una comunicación adecuada -que puede ser telemática; tubo neumático, diagnóstico por la imagen, con anatomía patológica, y laboratorios.

El Bloque Quirúrgico se le considera y debe ser una unidad intermedia que prestara sus servicios a los servicios clínicos definitivos (aquellos que dan de alta al paciente), los cuales generalmente se corresponden con los servicios o unidades de las especialidades quirúrgicas.

2 Objetivos

- Describir el personal del equipo multidisciplinar que participa en el bloque quirúrgico.
- Ver las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en lo que respecta al bloque quirúrgico.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, ministerio de sanidad y consumo y diferentes paginas referentes al bloque quirúrgico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal que compone el bloque quirúrgico es:

1. Supervisora de Enfermería del Bloque Quirúrgico.

Dependiendo de la Dirección de Enfermería, es la responsable del buen funcionamiento del Bloque Quirúrgico.

Dirige las actividades del personal de enfermería.

2. Enfermera circulante.

Es la responsable de las Unidades de Enfermería durante la intervención.

Coordina al equipo, estando pendiente de las necesidades y detalles que surjan dentro del quirófano. Desempeña un papel de mantenimiento general del quirófano.

3. Enfermera instrumentista.

Mantiene la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante la cirugía.

4. Enfermera de la Sala de Recuperación.

Presta atención y vigilancia continuada a los pacientes mientras estén en el Bloque Quirúrgico.

5. Técnicos en cuidados Auxiliares 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.

Sus tareas pueden diferenciarse en el quirófano en lo referente a los Técnicos en cuidados Auxiliares de Enfermería de Quirófano.

Antes de la cirugía:

- Comprobación del parte de quirófano.
- Colaboración en la preparación del quirófano y sala de preanestesia.
- Preparación intermedia y sala de lavado quirúrgico, con el material necesario.
- Ayuda a la enfermera en la atención directa al paciente cuando sea requerida.
- Limpieza del quirófano según protocolos establecidos por Medicina Preventiva.

Durante la cirugía:

- Estará presente en el quirófano en el inicio de la cirugía, colaborando con el equipo cuando se le requiera.
- Se mantendrá, una vez iniciada la cirugía, en la sala intermedia, dotando el material que le sea requerido, a la enfermera circulante.
- No abandonará el área sin ser sustituida.
- Pasará al quirófano cuando sea requerida.

Al terminar la cirugía:

- Recogida del instrumental y envío a la zona de lavado y esterilización.
- Lavado del instrumental que le sea requerido.
- Limpieza del quirófano según protocolo establecido por Medicina Preventiva.
- Presencia en el quirófano al finalizar la cirugía, colaborando cuando sea requerida.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este artículo en lo referente al Bloque quirúrgico y a la actuación que por competencias tenemos los técnico/as en cuidados auxiliares de enfer-

mería que la organización y el trabajo en equipo en este servicio es de primordial importancia para su correcto funcionamiento, y que no debemos como profesionales olvidar nunca lo que según el Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo son las funciones del Técnicos en cuidados Auxiliares de Enfermería en los Departamentos de Quirófano y Esterilización: nos prohíbe y nos dice que Según el Estatuto establece estará prohibido a las Auxiliares de Enfermería ayudar al personal médico en la ejecución de las intervenciones quirúrgicas. Pero que debemos poner todo nuestro empeño en el trabajo que si nos corresponde.

6 Bibliografía

1. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_bloque_quirurgico.pdf.
2. <https://www.coursehero.com/file/pfd5ivd/en-las-unidadesdel-dolor-la-enfermer%c3%8da-constituye-un-factorfundamental-es-el/>.
3. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/11-normativa-sanitaria/247-orden26abril19730>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funciones-de-laenfermera-instrumentista-en-quiroyfano/>.
5. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492>.
6. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1974-436>.
7. http://www.auxiliar-enfermeria.com/personal_estatutario.htm.
8. https://www.editex.es/media/2320/u07_opads.ppsx.

Capítulo 109

LA REALIZACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DEL SONDAJE URINARIO A LOS PACIENTES

NURIA MARTÍNEZ RAMÓN

MARÍA AMPARO LUZÓN CATALÁN

RAFAELA VALENCIANO FERNANDEZ

JOSE DELFIN DEL VALLE LOPEZ

FRANCISCA GARCÍA LORENZO

1 Introducción

Frederic Eugene Basil Foley fue el que inventó la sonda urinaria. El sondaje vesical es una técnica considerada invasiva que consiste en introducir una sonda vesical a través de la uretra hasta llegar a la vejiga, con el fin de tener una salida para la orina. Tiene fines diagnósticos y terapéuticos. Según el tiempo de permanencia en el paciente la sonda puede ser permanente, temporal o intermitente. Generalmente esta técnica la realiza el personal de enfermería, pero si hubiera complicaciones durante la realización de la inserción siempre será derivado al médico.

En el siglo X, se realizó por primera vez y se registró oficialmente la introducción de una sonda vesical, esta era flexible ya que estaba fabricada con cuero de

animales. Frederic Eugene Basil Foley, fue el inventor de la sonda urinaria, por eso esta lleva su nombre. Suele variar de un estudio a otro la determinación de la prevalencia del sondaje vesical. Pero según los últimos datos que aportó el estudio EPINE que se realizó en el año 2015, oscila más o menos, en un 19 % las infecciones del tracto urinario, que se detectarán en los hospitales, entrando dentro de la clasificación como infecciones nosocomiales viendo que derivaban del sondaje vesical. Sus cifras son de un 19,5 %.

Las sondas nos las podemos encontrar de diferentes materiales como pueden ser de látex, silicona, cloruro de polivinilo (PVC) o hidrofílica. Es completamente imprescindible que los profesionales de enfermería tengan el correcto conocimiento y la práctica de esta técnica para poder realizarla con la máxima esterilidad y así evitar que haya riesgo de complicaciones, siendo tan frecuentes las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) secundarias a la introducción de una sonda vesical.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de sondaje vesical, los tipos de sondaje vesical y sondas vesicales.
- Describir las indicaciones y las contradicciones que tiene, el procedimiento y los materiales necesarios.

3 Metodología

En este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el sondaje vesical, tipos, procedimiento, indicaciones y contradicciones del mismo, recopilando información durante meses con su posterior ordenación, análisis y cribaje. Se consultarán bases de datos como Cuiden Plus, Teseo, Medline, etc. Para la búsqueda se usarán palabras claves como catéter urinario, catéter de permanencia y retención urinaria.

4 Resultados

Para hacer un sondaje vesical o cateterización urinaria, según el tiempo que vaya a permanecer la sonda, estas se pueden clasificar en:

- Permanente de larga duración: duración de 30 días o más.
- Temporal o de corta duración: menor de 30 días.

- Intermitente o evacuatorio: como su nombre indica se puede utilizar, para un drenaje puntual de orina o para administrar un fármaco.

Los recursos necesarios para el sondaje vesical son:

Participara el Técnico en cuidados de enfermería y enfermeros.

- Materiales: mesita auxiliar, agua tibia, palangana o cuña, jabón neutro, toalla, empapadores, guantes no estériles y estériles, gasas estériles, puño estéril y antiséptico (povidona yodada o clorhexidina), jeringa de 10ml, agua destilada estéril o suero fisiológico, lubricante urológico hidrosoluble estéril, sonda vesical estéril, bolsa colectora estéril, colgador de bolsa.

El encargado de la preparación del material es el técnico en cuidados de enfermería y de proporcionar al enfermero lo que necesite.

El objetivo del sondaje vesical puede ser diagnóstica o terapéutico:

- Fines diagnósticos: control hemodinámico de diuresis, como método de obtención de muestras de orinas de forma estéril, como método exploratorio, etc.
- Fines terapéuticos: evacuar la vejiga cuando hay retención urinaria, tratamiento en pacientes con vejiga neurógena, como procedimiento post operatorio en cirugía para prevenir la retención urinaria, como método para aumentar la cicatrización y resolución de heridas en la piel en pacientes que tienen incontinencia urinaria.

En las contraindicación es nos podemos encontrar con prostatitis, rotura uretral, estenosis uretral, uretritis e infección de orina.

Se deberá informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar y solicitar su autorización y colaboración siempre que esto sea posible. El técnico en cuidados de enfermería ya tendrá preparado previamente el material y realizada la higiene meticulosa de los genitales, también debe tratar de guardar la intimidad del paciente cerrando la puerta y cubriéndole en la medida que sea posible, y haciendo que la técnica sea lo menos traumática posible, comprobará la correcta colocación del paciente: la posición adecuada es decúbito supino con las piernas ligeramente abiertas para facilitar el procedimiento (posición ginecológica).

Tras el lavado de manos, se colocará la enfermera guantes estériles. Se pondrán dos paños estériles encima del pubis y debajo de los glúteos. El técnico en cuidados de enfermería abrirá el paquete de los materiales, colocará lubricante hidrosoluble sobre una gasa y cargará el agua destilada en una jeringuilla, se desinfectarán los genitales, se lubrica la sonda, se le pide al paciente que haga respiraciones lentas y profundas y se procederá a la inserción por parte del enfermero, hasta que empiece a drenar orina.

5 Discusión-Conclusión

El sondaje vesical es un procedimiento invasivo, realizada por el profesional de enfermería (con la colaboración del técnico en cuidados de enfermería), consiste en la introducción de la sonda vesical a través de la uretra hasta la vejiga con el fin de drenar orina.

Hay varios tipos de sondaje según el tiempo de permanencia de la sonda. Puede ser:

- Permanente (más de 30 días).
- Temporal (menos de 30 días).
- Intermitente (que espora el drenaje puntual de orina o pone la administración de fármacos).

Estos según el material del que están hechas pueden ser de látex, de silicona, PVC.

El sondaje vesical puede tener fines terapéuticos o diagnósticos. Durante todo el procedimiento es muy importante el correcto entrenamiento de los profesionales de enfermería para poder asegurar la esterilidad o disminuir el riesgo de futuras complicaciones. Al ser un procedimiento invasivo, será la última opción valorando otras alternativas, como por ejemplo los colectores.

6 Bibliografía

1. Mazzo A, Bardivia C. B., Jorje B, M, Sonza Junior V. D. Fuminelli L, Mendes I. A. Cateterismo urinario permanente: práctica clínica. *Enferm. Glob.* 2015;14 (38).
2. Rodríguez Valiente S, Jara Valiño F. S, Espina Rodríguez M.^a R. Técnicos de enfermería en el sondaje vesical. *Portalesmédicos.com* [revista en internet] 2017 [acceso 5 de octubre de 2020].
3. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/insercion-de-sondajevesical-temporal-o-permanente-en-la-mujer-cuidados-de-enferme>.

Capítulo 110

ATENCIÓN HOSPITALARIA: LA ANESTESIA

SARA BARDISI CRIADO

1 Introducción

Nos referimos a la anestesia como el uso de medicamentos para prevenir el dolor durante una cirugía y otros procedimientos. Estos medicamentos se denominan anestésicos. Pueden administrarse mediante inyección, inhalación, loción tópica, aerosol, gotas para los ojos o parche cutáneo. Provocan una pérdida de la sensibilidad o la conciencia.

La anestesia, generalmente, se utiliza en procedimientos menores, como el empaste o restauración de un diente. Puede usarse durante el parto o procedimientos como colonoscopías. Y se usa durante operaciones menores y mayores.

Por lo general, en algunos casos, un dentista, una enfermera o un médico pueden darle un anestésico. En otros casos, es posible que necesite un anestesiólogo, un médico que se especializa en administrar anestesia.

Existen 3 tipos de anestesia, que los nombraremos ahora y los desarrollaremos y explicaremos más adelante:

- Anestesia local.
- Anestesia regional: anestesia epidural y anestesia espinal (raquianestesia) y anestesia mediante bloqueo de nervios periféricos.
- Anestesia general.

Otro dato que deberíamos tener en cuenta, ya que es muy importante a la hora de la realización de cualquier tipo de cirugía, son los riesgos que puede acarrear la anestesia:

- Arritmia o problemas respiratorios.
- Reacción alérgica a la anestesia.
- Delirio después de la anestesia general.
- Retomar la conciencia durante la anestesia general.

Por esto, el paciente, siempre tiene que estar enterado de dichos riesgos, y deberá de firmar un documento donde afirme que ha sido informado.

2 Objetivos

Exponer los tipos de anestesia y los factores que hay que tener en cuenta a la hora de aplicarla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo , se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de información basada en datos de páginas web de calidad. Se han introducido ciertos datos de mucha importancia, los cuales son:

- ¿Qué es la anestesia?
- ¿Para que se utiliza la anestesia?
- Tipos de anestesia.
- Riesgos que acarrea la anestesia.
- Objetivos de la anestesia.
- Efectos secundarios de los tipos de anestesia.
- Qué se debe hacer antes de ser anestesiado.
- ¿Qué determina que se realice un tipo u otro de anestesia?

También, se ha buscado información, y consultado artículos de dichas páginas web:

- Anestesia: MedlinePlus en español.
- Clínica Quirúrgica. Tema 1.4. Fundamentos de la anestesia.
- Tipos de Anestesia | Redacción Médica.
- Tipos de anestesia - Stanford Children´s Health.
- Anestesia (para adolescentes) - Nemours KidsHealth.
- Evaluación de la satisfacción de los pacientes con la anestesia. Estudio observacional transversal.

4 Resultados

Lo que se ha sacado e claro sobre la anestesia es que:

- Es el uso de medicamentos para evitar el dolor durante una operación u otro procedimiento médico. A la mayoría de las personas les sienta bien la anestesia y no tienen problemas derivados de ella.

-¿Cómo funciona la anestesia?

La anestesia funciona bloqueando las señales del sistema nervioso. El sistema nervioso está compuesto por el cerebro, la médula espinal y los nervios. Los mensajes procedentes del cuerpo viajan a través de los nervios y de la médula espinal hasta llegar al cerebro. La anestesia bloquea los mensajes de dolor, impidiendo que lleguen al cerebro.

- Existen 3 tipos de anestesia, como bien dijimos antes:

1. Anestesia local: adormece una pequeña parte del cuerpo. Puede usarse en un diente que necesita ser extraído o en un área pequeña alrededor de una herida que necesita puntos. Usted está despierto y alerta durante la anestesia local.

2. Anestesia regional: se usa para áreas más grandes del cuerpo, como un brazo, una pierna o todo lo que esté debajo de la cintura. Es posible que esté despierto durante el procedimiento o que le administren sedantes. Se puede usar anestesia regional durante el parto, una cesárea o cirugías menores.

2.1 Anestesia epidural y anestesia espinal (raquianestesia). Consiste en la inyección de un anestésico al lado de la médula espinal mediante la realización de una punción lumbar (una inyección en la espalda en la zona de la columna), anestesiando todo el cuerpo que queda por debajo del lugar de la punción. Se utiliza para reducir el dolor del parto, realizar cesáreas u otras intervenciones abdominales y de la pelvis (con frecuencia operaciones de la próstata), realizar una laparoscopia, etc.

2.2 Anestesia mediante bloqueo de nervios periféricos. El anestésico se inyecta en el recorrido de un nervio o de un grupo de nervios y adormece toda la parte inervada por esos nervios. Se utiliza para dormir un pie, una pierna, una mano, un brazo o una parte de la cara.

3. Anestesia general: afecta a todo el cuerpo. Le deja inconsciente e incapaz de moverse. Se usa durante operaciones mayores, como cirugía cardíaca, cirugía cerebral, cirugía de espalda y trasplantes de órganos.

- Como bien nombramos anteriormente, la anestesia puede provocar unos riesgos , es decir, para la mayoría de las personas, la anestesia es muy segura. En muy pocos casos, la anestesia puede causar complicaciones, como ritmos cardíacos

extraños, problemas respiratorios, reacciones alérgicas al medicamento e, incluso, la muerte. Los riesgos dependen del tipo de procedimiento médico u operación, el estado del paciente y el tipo de anestesia que se use.

- También existen efectos secundarios, en los 3 tipos de anestesia que existen: En las anestesiás regional y local, los pacientes pueden tener molestias en el lugar del pinchazo.

En la anestesia general, cuando un paciente se despierta después de que lo operen, es posible que se sienta desorientado, aturdido y un poco confundido. Entre otros efectos secundarios frecuentes de la anestesia, se incluyen las náuseas, los vómitos, los escalofríos, los temblores y el dolor de garganta (si se ha usado un tubo).

Estos efectos secundarios no suelen ser peligrosos y desaparecen rápidamente.

- ¿Qué determina que se realice un tipo u otro de anestesia?

El tipo de anestesia a aplicar depende de diversos factores, fundamentalmente:

1. Del tipo de intervención que se vaya a realizar. Algunas intervenciones solo se pueden realizar con anestesia general; en otras que pueden realizarse con anestesia regional, no tiene sentido utilizar una anestesia general con más posibilidades de efectos adversos.

2. De la situación clínica y de las enfermedades previas del paciente, es decir, cualquier alergia que tenga el paciente, si fuma, bebe alcohol o consume alguna droga, cualquier reacción previa que el mismo paciente u otro miembro de la familia hayan tenido a la anestesia, cualquier medicamento (con receta o de venta libre), suplemento o remedio elaborado con plantas medicinales que esté tomando el paciente, la salud actual y pasada, incluyendo cualquier enfermedad o afección relacionada con el sistema respiratorio, como el asma o los ronquidos.

3. De las preferencias del paciente. En algunas circunstancias el paciente puede preferir un tipo de anestesia u otra en función del miedo que tanga a la anestesia, su tolerancia al dolor, etc.

- Y, por último, es muy importante seguir las recomendaciones del enfermero o médico, antes de la anestesia:

1. Cuándo debes dejar de comer o beber.

2. Si necesitas dejar de tomar algún medicamento, suplemento o planta medicinal antes de operarte.

3. Cuándo llamar al cirujano. Por ejemplo, si tienes un catarro u otro problema respiratorio los días inmediatamente previos a la operación es muy importante que avises a tu cirujano.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos obtenidos, son varios los factores que parecen influenciar el grado de satisfacción de los pacientes, como la edad, el sexo, la ansiedad, la depresión, las habilitaciones literarias, las náuseas y vómitos y el dolor post-operatorio.

Tal como en estudios anteriores, los pacientes presentaron grados elevados de satisfacción. La explicación se encuentra normalmente relacionada con las expectativas de los pacientes relativamente a la anestesia. Se sabe que el 85 % de los pacientes esperan una anestesia sin problemas, que valorizan la comunicación y la información, y que sus principales preocupaciones son el no despertar de la anestesia, las náuseas y vómitos, el dolor post-operatorio, las complicaciones, etc. Así, si no existe ninguna complicación peri-operatoria, se espera que el paciente esté satisfecho con su anestesia.

Una de las principales preocupaciones que tienen los pacientes, es la ansiedad antes de someterse a la cirugía, de modo que, como bien dice en un estudio, se intenta disminuir la ansiedad a través de la administración de medicación ansiolítica previamente a la cirugía. Según los resultados presentados, la medicación fue eficaz en casi la totalidad de los casos, sin embargo, no se encontró ninguna relación entre el grado de satisfacción y el uso de medicación pre-anestésica. De este modo, y a pesar de ser una preocupación para los pacientes, no se puede afirmar que la ansiedad sea un factor que influya el grado de satisfacción de los pacientes con el acto anestésico.

Otra cuestión importante, es la información y la participación de los pacientes al plano anestésico.

Encontramos, tal como referido en otros estudios, una relación entre el grado de satisfacción y la información dada al paciente, lo que quiere decir, que es muy importante la comunicación con los pacientes.

Otro factor muy importante, como bien hemos dicho anteriormente, es la importancia de la comunicación entre el anestesista y el paciente que va a ser anestesiado, una vez que ocasionalmente este aspecto se tiene poco en cuenta, y sin embargo puede ser el factor más importante para la satisfacción de los pacientes.

Verificamos que los pacientes presentan niveles altos de satisfacción con el acto anestésico y que los factores que se pueden encontrar relacionados con esa satisfacción, son la información de los pacientes relativamente al plan anestésico, el esclarecimiento de sus preocupaciones, el nivel de dolor y las náuseas y vómitos

en el post-operatorio, es decir, para entenderlo mejor, es muy importante que los pacientes estén satisfechos en cuanto al acto anestésico, es decir, a la hora de anestesarles, dejarles claro toda la información que tienen que saber, para que tengan 0 preocupaciones y transmitirles esa confianza que ellos necesitan.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/anesthesia.html>.
2. https://ocw.unican.es/pluginfile.php/3432/course/section/3095/tema_1.4.pdf.
3. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/anestesia>.
4. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=tipos-de-anestesia-90-P06106>.
5. <https://kidshealth.org/es/teens/anesthesia-types.html>.
6. https://actualidadmedica.es/articulo/796_or05/.

Capítulo 111

LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO

LIDIA RODRIGUEZ ARGUELLES

ANTONIO GUTIERREZ RONDEROS

1 Introducción

Los profesionales sanitarios realizan su labor en ambientes estresantes, en continuo contacto con personas que tienen problemas y sufren.

El 79,5 % de los sanitarios sufren ansiedad y el 40 % se siente agotado emocionalmente tras la atención hospitalaria por Covid-19.

En líneas generales podemos describirlo como el agotamiento, la fatiga o el desgaste producidos por el trabajo.

La relación entre el profesional y el enfermo no es fácil, los trabajadores han de tener las habilidades para mantener la distancia emocional adecuada con el paciente, para cuidar sin perder la empatía y el compromiso. Las condiciones laborales de los sanitarios durante esta larga pandemia se están convirtiendo en importantes estresores; Jornadas laborales mucho mas largas de lo habitual, sobrecarga de trabajo, alta concentración, etc., las consecuencias en el deterioro de la salud mental de los sanitarios eran previsibles, sobre todo en el personal que estuvieran mas expuestos al Covid-19.

Las crisis de seguridad sanitaria frecuentemente generan estrés e incluso pánico en la población general, así como en los profesionales de la salud, al sentir miedo a adquirir la enfermedad y morir a consecuencia de la infección. A su vez, usualmente temen contagiar con la infección a sus familiares o amigos, y experimentan

síntomas de estrés, ansiedad o depresión con implicaciones psicológicas a largo plazo.

2 Objetivos

- Describir la ansiedad y el estrés del personal sanitario dentro del ámbito hospitalario.
- Enseñar hábitos de vida saludable y su importancia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos, libros y revistas científicas.

La metodología empleada, esta basada también en un determinado Marco de referencia, definido como un conjunto de teorías procedentes de diferentes áreas de conocimiento que constituyen fundamentos científicos de nuestra practica profesional.

Estos nos proporcionan los diferentes abordajes, herramientas practicas o teóricas, métodos de evaluación y estrategias de intervención.

4 Resultados

Los niveles de estrés y ansiedad encontrados en los artículos que evalúan de forma especifica el grado de estrés en el personal sanitario, este se corresponde con un nivel moderado-elevado, y parecen existir diferencias de nivel de estrés según las condiciones de trabajo, el área de estudio y el apoyo de los superiores y compañeros.

La manera de afrontar estas situaciones depende de algunas características de la persona: por ejemplo, de la autoconfianza y autoestima que presente, de si es capaz de controlar sus emociones o de si se enfrenta a los retos con animo de superarlos.

Lo importante para nosotros es saber que contamos con diferentes medidas.

- Psicofármacos: entre los distintos tratamientos de la ansiedad, el mas extendido es el farmacológico.

Son útiles ante un acontecimiento concreto, a la larga no resultan satisfactorios. Generan problemas de tolerancia y dependencia, y sus efectos ansiolíticos se producen a corto plazo.

- Comunicación: más que el tratamiento farmacológico interesan otras estrategias, entre ellas el apoyo psicológico. Muchas veces el gran secreto es informar y saber escuchar.
- Dieta y Ejercicio: la nutrición correcta y el ejercicio físico adecuado mantendrán el cuerpo en óptimo funcionamiento.
- Tratamientos de Exposición: la exposición puede darse bien en la imaginación o bien partiendo realmente de lo que causa el estrés. Se intenta hacer de forma gradual, aunque a veces es preciso atacar las situaciones de intensa ansiedad directamente.
- Relajación/meditación: el objetivo es encontrar el equilibrio entre el cuerpo y la mente, para conseguir así bienestar y mejorar la salud.
- Medicinas alternativas: como la acupuntura o la homeopatía.
- Musicoterapia para controlar el estrés.

Además de estas medidas para disminuir la ansiedad y el estrés, existen otras muchas, como facilitar las relaciones sociales y el apoyo de familiares y amigos; reforzar el autoestima y el concepto de uno mismo; identificar los signos de ansiedad y no contagiarse de ella, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios del ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente sobre su salud. Los principales síntomas asociados a situaciones de estrés son los trastornos musculoesqueléticos, depresivos y alteraciones psicosomáticas.

Es importante tener presente esta situación como un problema de salud, que estaría influyendo negativamente, y está demostrado que interviniendo en ella se disminuiría los pensamientos de preocupación y se impediría el deterioro del rendimiento en el personal sanitario.

El diagnóstico y tratamiento, son objetivos centrales de la medicina. En tal sentido, la nueva orientación hacia la salud de la medicina moderna, apunta preferentemente hacia objetivos preventivos, con participación y responsabilidad plena.

6 Bibliografía

1. Díaz A, Fedman L. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral. Ciencia y trabajo 2010 N.º 36320-326.

2. Lazarus, RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. 20ª ed. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
3. Macmillan education. Promoción de la salud y Apoyo Psicológico. 2017.
4. Roman-Hernandez. S. Estrés y burnout en profesionales de la salud. Rev. Cubana. Sal Pub 2003;29 (9):3281.8.
5. Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés; S. E. A. S (sede web). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 2011.

Capítulo 112

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

EVA MARIA VILALTA DIAZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales, constituyen actualmente un importante problema de salud a nivel mundial, no solo para los pacientes sino también para su familia, la comunidad y el sistema de salud. Afecta a todas las instituciones hospitalarias y resulta una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes. A medida que van transcurriendo los años, se observa un crecimiento de las infecciones nosocomiales.

Según la Organización Mundial de la Salud es “Cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo” Los CDC americanos (Centers for Disease Control and Prevention) la definen como “toda infección contraída en el hospital, reconocible clínicamente o microbiológicamente, que afecta al enfermo por el hecho de su ingreso, como resultado de los cuidados que haya recibido durante el periodo de hospitalización o durante tratamiento ambulatorio, y que no se hallaba presente o en periodo de incubación en el momento de su admisión en el hospital, independientemente de que los síntomas aparezcan o no durante la hospitalización”.

Estas infecciones nosocomiales ocurren más frecuentemente en las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. Las tasas de

prevalencia de infección son mayores en pacientes vulnerables por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.

Además, agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos de discapacidad, que reducen la calidad de la vida. Estas infecciones son una de las principales causas de muerte del paciente. Afecta al 5-10% de los pacientes ingresados.

- Se estima que el 32 % son evitables.

- Provoca:

- Alargar la estancia (de 2 a 11 días).

- Costes extras.

- 1-1,5 % muertes directas.

- 3-4 % muertes indirectas.

2 Objetivos

- Conocer las enfermedades nosocomiales, determinar la necesidad de adoptar medidas preventivas y de control para controlar un brote o posible brote.

- Describir cómo reducir al mínimo posible la frecuencia de las infecciones e identificar pacientes de alto riesgo de manera que puedan introducirse medidas selectivas.

3 Metodología

Este Capítulo se ha realizado mediante la búsqueda sistemática de libros así como a través de consultas de artículos en las principales bases de datos, como "Scielo", "Google Académico" y "Medline", seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado las palabras "infección hospitalaria", "infección nosocomial", "prevención infección hospitalaria", "seguridad paciente" y "prevención primaria".

4 Resultados

Componentes:

1. Fuente de infección.

2. Mecanismos de transmisión.

3. Sujeto susceptible.

1. Fuente de infección:

Sitio de donde procede el agente infeccioso. Debe permitir su reproducción.

Puede ser:

- Hombre:

Enfermo.

Portador: precoz o incubacionario, convaleciente, crónico y sano.

- Animales: transmiten zoonosis, que se clasifican en:

Zoonosis directas: transmisión directa del animal al hombre (rabia).

Ciclozoonosis: recorrido previo del agente por varios animales.

Metazoonosis: en el ciclo interviene también un invertebrado (fiebre amarilla).

Saprozoonosis: paso a través del suelo u otro medio inanimado (tétanos).

2. Mecanismos de transmisión:

Conjunto de medios y sistemas que facilitan el contacto entre la fuente de infección y el sujeto susceptible. Las fuentes de infección más importantes son:

- El ser humano, bien como persona enferma (por la disminución de sus defensas, como consecuencia de la farmacoterapia recibida), o bien como portador asintomático (personal sanitario, no sanitario).

- Los fómites, que son objetos inanimados (instrumentos, aparatos, materiales, utensilios de aseo, comida, ropa de cama, uniforme del personal sanitarios, etc.) que están en contacto con los pacientes.

2.1 Transmisión directa: es inmediata y se realiza sin intermediarios ni distancias:

- Por contacto directo, manos del personal sanitario; es el de mayor trascendencia en el medio hospitalario.

- Por vía aérea, a través de las gotitas de flügge y los núcleos goticulares de Wells, expulsados al hablar, toser o estornudar.

- Los microorganismos pueden llegar también al aire a partir de ropas contaminadas por la agitación de las mismas.

- Mordedura y/o arañazo, por ejemplo la rabia.

- Contacto físico:

Sexual, como la sífilis.

Mucosas, como la mononucleosis infecciosa.

Intraparto, transplacentario, como la toxoplasmosis.

Holodáctila, como los oxiuros.

2.2 Transmisión indirecta: existe una separación en el tiempo y/o el espacio entre la fuente de infección y el sujeto susceptible. A través de medicamentos, alimentos, perfusiones, antisépticos, desinfectantes, fómites, etc., previamente contaminados, generalmente por gérmenes resistentes.

- Vehículo común:

Agua. Ej. Fiebre tifoidea.

Alimentos. Ej. Salmonelosis.

Fómites. Ej. Hepatitis.

Suelo. Ej. Ascaris.

- Vía aérea:

Núcleos gesticulares.

Polvo.

- Vector: Artrópodos.

3. Sujeto o huésped susceptible:

La susceptibilidad es la condición que debe presentar el ser humano para verse afectado por el agente causal.

Factores de riesgo intrínseco:

1. Las características fisiológicas, como la edad, sexo, estado nutricional, estilo de vida.

2. La situación clínica del paciente, cuando este padece enfermedades, tales como neoplasias, coma, insuficiencia renal, diabetes, inmunodeficiencia, neutropenia, cirrosis, obesidad, desnutrición, úlceras por presión, enfermedad pulmonar crónica, etc., es más susceptible a padecer una IN.

Factores de riesgo extrínseco:

Son factores exógenos relacionados con aspectos médicos u hospitalarios, que predisponen al paciente a padecer una posible IN. Se derivan de la actividad propiamente asistencial:

La aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas, como la colocación de catéter urinario, catéter vascular, sonda nasogástrica, nutrición parenteral, ventilación mecánica, endoscopias, biopsias, traqueotomía, sedación, intervenciones quirúrgicas, etc.

El tratamiento con antibióticos o con fármacos inmunosupresores (citostáticos, radiactivos, corticoides), pueden producir resistencias bacterianas y/o una disminución de las defensas del paciente.

Infecciones hospitalarias más frecuentes:

1. Infecciones de vías respiratorias.

Además de por su elevada frecuencia, las infecciones de las vías respiratorias son muy importantes y presentan tasas de mortalidad muy elevadas.

Factores de riesgo de las infecciones respiratorias:

- Neumonía anterior.

- Alteraciones del reflejo tusígeno.

- Alteraciones del epitelio ciliado.
- Pacientes con convulsiones.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Antibióticos y bloqueantes neuromusculares.
- Broncoscopia y traqueotomía.
- Intubación endotraqueal y ventilación mecánica.

2. Infecciones de las vías urinarias.

Ocasionalmente menos morbilidad y mortalidad que otro tipo de infecciones y muchos son asintomáticos y pueden remitir de forma espontánea, por lo que pueden pasar desapercibido.

Factores de riesgo:

- Cateterismo vesical.
- Tratamiento con antibióticos.
- Susceptibilidad del paciente (edad, sexo, enfermedad, etc.)

La infección urinaria se produce cuando los microorganismos acceden al tracto urinario como consecuencia de:

- El arrastre mecánico en la inserción de la sonda.
- La unión de la sonda con el tubo de drenaje.
- La contaminación de la bolsa recolectora.

3. Infecciones de la herida quirúrgica.

Son las infecciones que aparecen con mayor frecuencia en las unidades quirúrgicas, donde plantean graves problemas de morbilidad y mortalidad. La frecuencia aumenta en función del tipo de cirugía practicada.

Factores de riesgo exógenos:

- Sistema de aireación del quirófano (contaminado).
- Deficiente esterilización del material quirúrgico.
- Antisépticos contaminados.
- Preparación inadecuada del paciente.
- Técnica quirúrgica.

Factores de riesgo endógenos:

- Edad, patología del paciente (diabetes, cirrosis, insuficiencia renal, desnutrición, inmunosupresión).
- Hospitalización prolongada.
- Tratamiento preoperatorio prolongado con antibióticos.

4. Bacteriemia.

Descarga pasajera de bacterias en la sangre a partir de un foco infeccioso, que se manifiesta por temblores y aumentos de temperatura.

Al igual que las infecciones respiratorias, las bacteriemias han aumentado de forma significativa en el transcurso de los últimos años.

Una gran parte de las bacteriemias son secundarias a focos infecciosos localizados en el tracto urinario, la herida quirúrgica o las vías respiratorias. Hay otras, primarias, en las que se incluyen las asociadas al uso de dispositivos intravasculares.

Las medidas de prevención frente a la bacteriemia están relacionadas con el uso correcto de los dispositivos intravasculares (catéteres intravenosos):

- El lavado y desinfección de la zona de inserción del catéter.
- El lavado de manos antes y después de realizar cualquier manipulación del catéter.
- La utilización de EPI (bata, guantes, mascarilla, gorro).
- Fijar el catéter y tapar con gasas estériles.
- La planificación del cuidado y la vigilancia del catéter para detectar precozmente cualquier signo de infección.

5. Otras Infecciones Nosocomiales:

Pueden afectar a diferentes órganos, aparatos y sistemas, como por ejemplo:

- Digestivo: gastroenteritis, hepatitis.
- Genital: infección por episiotomía.
- Piel y partes blandas: upp, quemaduras, mastitis, pústula del lactante.
- Osteoarticular: articular, disco intervertebral.
- Ojos, oídos, boca y nariz: Conjuntivitis, otitis, sinusitis.
- Cardiovascular: flebitis, endocarditis, miocarditis, pericarditis.
- SNC: Intracraneales, meningitis, abscesos espinales.
- Sistémica: sarampión, parotiditis, rubéola.

Barreras higiénicas en la infección nosocomial:

Las barreras higiénicas son mecanismos físicos o mecánicos que van a impedir que el agente causal entre en contacto con el sujeto susceptible. Es decir, su objetivo es bloquear el mecanismo de transmisión de la cadena epidemiológica.

Una higiene hospitalaria racional y exigente es fundamental a la hora de combatir las infecciones nosocomiales.

Las medidas de limpieza, desinfección y esterilización constituyen la base de la higiene hospitalaria. Así que todo el personal debe conocer, aplicar y controlar de forma estricta este tipo de medidas.

A pesar de que todas las medidas de higiene hospitalaria están detalladas por pasos para cada situación (protocolos), está comprobado que la rutina, desgraciadamente, hace que el personal sanitario se relaje en el seguimiento de los mismos,

siendo la principal causa de infección hospitalaria.

Extremar las precauciones significa reducir riesgos y evitar complicaciones posteriores. Las medidas higiénicas a aplicar para cada caso vienen especificadas en una lista de pasos a seguir, como una ficha de procedimientos. Cada ficha recibe el nombre de protocolo.

Cada institución elabora sus propios protocolos en función de sus necesidades y circunstancias particulares. Siguiendo los protocolos correctamente podremos contribuir a que disminuyan las infecciones nosocomiales de forma directa y eficaz. La única manera de ser estrictos es no saltarse pasos y ejecutar cada uno de ellos tal y como se indica en los protocolos. El lavado de manos es tan importante, que lo consideramos como una de las barreras higiénicas que más contribuyen a minimizar la transmisión de la infección hospitalaria, por lo que la vamos a describir de forma más exhaustiva, a continuación.

Lavado de manos:

El lavado de manos del personal sanitario es una práctica higiénica muy importante y obligada, para prevenir la transmisión de agentes infecciosos del personal a los pacientes y de unos pacientes a otros, a través de las manipulaciones realizadas por el personal.

El propósito de la higiene de manos con agua y jabón es liberar la suciedad y materia orgánica de las El propósito de la higiene de manos con agua y jabón es liberar la suciedad y materia orgánica de las manos, mediante el uso de jabón y agua con arrastre bajo un chorro de agua garantizando la eliminación de la flora transitoria.

Elementos imprescindibles para esta acción son:

- Agua. Debe ser siempre potable y obtenida desde una tubería y grifo de manera que asegure un flujo unidireccional, según las características definidas en el marco normativo. En casos especiales donde no se cuente con el suministro continuo de agua potable se deberá garantizar mecanismos para realizar esta actividad, ejemplo: dispensadores o lavamanos portátiles.
- Jabón. Debe ser líquido, no se recomienda el uso de jabones sólidos o fraccionados. Se pueden usar jabones con o sin antisépticos, teniendo en los segundos el riesgo de generar reacciones cutáneas que limiten la adherencia al uso.
- Elementos para secar las manos. Se recomienda el uso de toallas de papel desechables, debiendo asegurar su provisión continua. El secado con toallas de tela no se recomienda debido a que al acumular humedad disminuye la adherencia al uso y pierde su capacidad de secado de manos.

Dentro de los requerimientos generales que permitan mejor adherencia a la higiene de manos y un procedimiento más seguro se deben considerar las sigu-

ientes condiciones:

- Disponibilidad permanente de todos los elementos requeridos.
- Asegurar una temperatura del agua adecuada a las condiciones térmicas ambientales.
- Procurar la disponibilidad de todos los elementos requeridos en zonas cercanas al sitio donde se realizará la atención.
- Espacios de trabajo amplios e iluminados para realizar la higiene de manos sin dificultad.
- Lavamanos disponibles con suficiente amplitud y profundidad que minimice riesgo de salpicaduras al personal.

Uso de los guantes.

La desinfección de las manos, aun en el caso de llevar a cabo el lavado correcto de manos, no garantiza la eliminación de los microorganismos, por lo que, además, es necesario hacer uso de guantes.

Recomendaciones para el uso de guantes:

- Siempre que se vaya a tocar sangre, fluidos corporales, secreciones, mucosas o piel no intacta.
- Cambiar cada vez que se pasa a un paciente nuevo o si se realizan procedimientos distintos con el mismo paciente.
- Cambiarlos siempre que se deterioren o que estén sucios.
- Lavarse las manos antes de ponerse guantes nuevos y tras quitárselos.

Los guantes pueden ser de plástico, nitrilo, látex, desechables, estériles o no estériles.

Los guantes estériles se usan siempre en condiciones de máxima asepsia, como, por ejemplo, intervenciones quirúrgicas, cateterización venosa central, procedimientos muy invasivos o para aislamiento de protección que requiera de una situación de asepsia.

Los guantes hay que quitárselos rápidamente tras su empleo y, por supuesto, antes de dirigirse a otro paciente. Con estas medidas evitamos contaminar objetos o superficies que están limpias y la transmisión de microorganismos a otros pacientes.

Para retirar cualquier tipo de guante (plástico, látex no estéril y látex estéril) no podemos tocar su parte externa con la piel de nuestros dedos, deben quedar "del revés" y uno dentro del otro.

Después de quitarse los guantes hay que lavarse las manos inmediatamente.

- Uso de las mascarillas, calzas y gorros.

Las mascarillas son piezas de un solo uso, desechables, que, al colocarlas delante de la boca y nariz, actúan de filtro para el aire exhalado.

Si se usan correctamente proporcionan una eficaz barrera contra los microorganismos presentes en el ambiente y contra aquellos que se encuentran en las gotitas de Flügge, es decir, contra microorganismos procedentes del aparato respiratorio. Debemos de utilizar la mascarilla para la protección del personal sanitario, y, también, para evitar la difusión de nuestros gérmenes en el aire y, por tanto, posibles contaminaciones del paciente.

Las calzas se utilizan para cubrir el calzado y evitar que entre en contacto con superficies contaminadas.

Se usan en situaciones que requieren condiciones de máxima asepsia, como intervenciones quirúrgicas o aislamiento de pacientes inmunodeprimidos

Se deben introducir los pies dentro de las calzas, de forma que el calzado quede totalmente cubierto y protegido.

También se usan calzas para aislar los pies del paciente.

- Gorro:

El gorro se utiliza para cubrir el pelo y evitar que su caída pueda provocar algún tipo de contaminación en ambientes asépticos, como quirófano, pacientes en aislamiento o unidades de trasplantados o grandes quemados. Se debe colocar de forma que el pelo quede totalmente cubierto por el gorro.

Uso de gafas o pantallas protectoras.

Son de material plástico transparente, suelen ser desechables y de talla única.

Las gafas son similares a las de buceo y las pantallas son completamente transparentes y de forma parecida a las que utilizan los soldadores.

Nos protegen contra salpicaduras de sangre u otros fluidos. Con las gafas protegemos nuestros ojos y con la pantalla toda la cara. Se utilizan en procedimientos que pueden hacer saltar fluidos o partículas hacia la cara, procedimientos en los que se manejan aerosoles o instrumentos de pulido y/o corte mecánico.

- La bata:

Se utiliza para proteger el uniforme sanitario de una posible contaminación externa e impedir que los posibles agentes patógenos que se encuentran en el uniforme sean transmitidos al paciente.

Deben cumplir las siguientes características: manga larga, con o sin puños elásticos, amplias, llegar por debajo de las rodillas, lisas por la parte delantera para no engancharse con nada y abertura en la parte posterior que se ata con cintas.

En la parte inferior delantera suele tener guata absorbente, para impedir que la tela se empape durante la intervención quirúrgica y manche la ropa de quirófano que el personal lleva debajo (pijama). La bata viene cerrada en un paquete estéril. Para colocarla, se debe sacar la bata del envoltorio y agarrándola por el interior de los hombros, dejar que resbale hasta cubrir los brazos enteros. Después, atar

las cintas del cuello y la cintura (si se encuentra en quirófano o condiciones de máxima asepsia, las cintas debe atarlas otra persona).

Las normas generales de utilización de las batas son las siguientes:

- Conviene utilizarla una sola vez y una para cada paciente.
- No debemos salir con la bata fuera del lugar concreto en el que haya sido utilizada.
- Al quitarnos la bata la depositaremos en un contenedor dispuesto para tal fin.
- Cuando se va a atender a pacientes muy susceptibles: con mecanismos de defensa muy disminuidos, grandes quemados, y, en quirófano, las batas serán estériles.

Los colores de la ropa de quirófano y, especialmente, las batas, deben ser sólidos, relajantes y que absorban la luz, de manera que no reflejen la luz emitida por las lámparas del quirófano, ni enmascaren el color rojo de la sangre. Los colores más usados son el verde quirófano, azul verdoso y verde aceituna.

Las barreras físicas protectoras (guantes, mascarillas, gorros, calzas, gafas y bata) se colocan y retiran siguiendo un orden establecido, para ello debemos tener en cuenta que:

- Este orden es válido incluso cuando sólo se usen algunas de las barreras.
- Las barreras pueden ser estériles o no, dependerá de cada caso.
- Como todo procedimiento, va precedido de un lavado de manos e incluso puede ser necesario intercalar varios lavados, según sea el caso y las circunstancias de trabajo.
- Cuando las barreras se utilizan en quirófano siempre son estériles.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales suponen un problema de gran relevancia actualmente, ya que incrementa la morbimortalidad y los costes asociados a la asistencia sanitaria y la prevalencia de microorganismos resistentes a antibióticos.

Actualmente se estima que la infección nosocomial ha empeorado por la invasión de la tecnología, la atmosfera agitada, el ingreso de pacientes cada vez más graves con nuevas y debilitantes enfermedades infecciosas, entre otros.

Un gran porcentaje de las infecciones nosocomiales pueden prevenirse aplicando las precauciones e intervenciones descritas anteriormente; la aplicación de las mismas constituye una responsabilidad para todos los integrantes de la sociedad, destacando el papel fundamental del personal sanitario.

La resistencia bacteriana, es un fenómeno que crece cada día en todo el mundo, hace algunas décadas la gran mayoría de los antimicrobianos funcionaban bien tanto para las infecciones comunitarias y las nosocomiales, pero debido al uso irracional de los antibióticos entre otras causas, las cosas han cambiado, estos últimos años nos hemos encargado de arruinar los últimos antibióticos que teníamos. Es importante el desarrollo de estrategias para contener la resistencia antimicrobiana que deberá incluir programas educativos para el correcto uso de los antimicrobianos, lavado de manos del personal de salud, limpieza correcta de superficies y sobre todo técnicas de diagnóstico rápido para poder dar a tiempo la terapia adecuada y así prevenir su diseminación.

Las consecuencias de las infecciones nosocomiales pueden resumirse en los 3 elementos siguientes:

1. Impacto humano.

- Daño físico y psicológico del paciente durante su complicación.
- Secuelas irreversibles orgánicas y funcionales.
- Pérdida de órganos vitales.
- Pérdida de la vida.
- Daño psicológico en la familia y amistades

2. Impacto social.

- Afectación personal y de la familia del paciente infectado (económica, psicológica y social).
- Gastos sanitarios extra, que redundarían en otra actividad útil.
- Procesos legales de acusaciones y otros litigios.
- Pérdida de prestigio del personal de salud y de las instituciones involucradas.

3. Impacto económico.

- Aumento del costo hospitalario.
- Pérdida de trabajo, disminución de la producción y de la productividad.
- Pérdida de salario e ingresos familiares del afectado (días no trabajados, peritaje, jubilación).
- Utilización del recurso material y humano calificado en detrimento de otras actividades de la salud.
- Costos hospitalarios extraordinarios, que corresponderían a otra actividad útil.

La infección nosocomial, como problema de salud, tiene un impacto económico, humano y social, no solamente en el paciente, sino también en su proyección en la comunidad.

El estudio más amplio desarrollado en España sobre la infección nosocomial es

el proyecto EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), que desarrolla anualmente, desde 1990, una encuesta de prevalencia transversal en los hospitales de enfermos agudos.

Los indicadores que aporta son usados por los sistemas de control de gestión y calidad de múltiples entidades y agencias sanitarias de España.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica. Ginebra: OMS; 2003.
2. Ibáñez Martí C. Infecciones nosocomiales: lugares más frecuentes de infección. Salud Pública y algo más.
3. Olachea P.M., Insausti J., Blanco A., Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med. Intensiva.
4. Morales Pérez Clara, Fresneda Septien Gloria, Guanche Garcell Humberto. Prevalencia puntual de infección nosocomial. Rev Cubana .
5. Guanche Garcell H., Núñez Labrador L., Baxter Campaña M., Tolón Marín M., Morales Pérez C., Fresneda Septiem G. et al. Prevalencia de infección nosocomial en hospitales universitarios de La Habana, Cuba. An. Med. Interna (Madrid) .
6. Pérez Montoya LH, Zurita Villarroel IM, Pérez Rojas N, et al. Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención.
7. Ibáñez Martí C. Infecciones nosocomiales: lugares más frecuentes de infección. Revista de Salud Pública y algo más.
8. Izquierdo-Cubas Francisco Manuel, Zambrano Cárdenas Andrés, Frómeta Suárez Ileana. Sistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol.
8. Olachea P.M., Insausti J., Blanco A., Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med. Intensiva.

Capítulo 113

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO: EL PARKINSON

BEATRIZ VALCARCEL GONZALEZ

NATALIA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

El párkinson pertenece al grupo de los trastornos del movimiento, se trata de una enfermedad neurodegenerativa que de forma progresiva y crónica afecta al sistema nervioso, generando problemas de movimiento.

Su nombre lo toma de la persona que lo descubrió: James Parkinson.

Su rasgo principal es la muerte o deterioro de neuronas en la zona media del cerebro, lo que conlleva a una menor presencia de dopamina (molécula neurotransmisora) generando problemas de movilidad.

En España entre 120000 y 150000 personas lo padecen y en total en el mundo son unos 10 millones de pacientes.

El 11 de abril es el día de las personas con Parkinson (día del nacimiento de su descubridor).

La causa principal que origina el párkinson se desconoce, pero sí se sabe que algunos de los factores que pueden favorecerlo son:

- La edad: suele aparecer a partir de los 60 años.
- Sexo: se da más en hombres que en mujeres.
- Factores ambientales: la exposición o consumo de ciertas sustancias tóxicas (plaguicidas, herbicidas, aguas subterráneas).
- Genética: en una minoría de los casos la causa es una mutación genética; sólo en un 15-25 % de los casos hay parientes que también padezcan la enfermedad.

- La existencia en las neuronas del cerebro de unas masas denominadas cuerpos de Lewy. Dentro de ellos está la alfa-sinucleína (sustancia que las células no logran descomponer) y se sospecha que es una parte importante en la enfermedad del párkinson.

2 Objetivos

Con este trabajo se pretende el ampliar los conocimientos sobre la enfermedad del Parkinson, así como entender cómo se siente un enfermo de Parkinson y poder atenderlos de la mejor manera posible.

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 pasos a realizar para su diagnóstico son: la exploración neurológica y física, la historia clínica y los síntomas que presente el paciente entre los que debe estar la bradicinesia (movimientos lentos) y otros que pueden estar presentes también son: temblores, dificultad para mantener el equilibrio y rigidez muscular.

Es una enfermedad de difícil diagnóstico por lo que se deberán hacer diversas pruebas para descartar cualquier otro tipo de dolencia.

Cuando el párkinson aparece en personas menores de 50 años recibe el nombre de Parkinson de inicio temprano (en Europa viene a ser un 5-10 % de los pacientes diagnosticados de párkinson).

La evolución del Parkinson según Hoehn y Yahr (neurólogas) se puede dividir en:

- Cuando se acaba de diagnosticar:

Estadio I: sólo está dañado un lado del cuerpo.

Estadio II: están dañados ambos lados, pero se mantiene la estabilidad.

- Cuando ya hay un daño moderado:

Estadio III: daño en ambos lados y pérdida de estabilidad.

Estadio IV: aumenta la dependencia.

- Cuando el daño es severo:

Estadio V: daño en la mayor parte del cuerpo y una dependencia alta.

A día de hoy, no existe una cura para esta enfermedad.

Los medicamentos que se administran (levodopa, agonistas de la dopamina, amantadina, etc.) intentan sustituir a la dopamina y aliviar los síntomas, al principio surten efecto, pero a largo plazo, disminuye su eficacia.

También se puede realizar a pacientes con párkinson avanzado un tratamiento quirúrgico (cuando el farmacológico no da resultados) consistente en el implante de unos electrodos (conectados a un neuroestimulador implantado en el pecho) que estimulan el cerebro para que envíe las señales motoras. Este método alivia los síntomas, pero no hace que el párkinson se detenga.

5 Discusión-Conclusión

Las manifestaciones a tener en cuenta para un pronto diagnóstico son:

- Empieza a escribir más pequeño y juntando letras.
- Pérdida del sentido olfativo.
- Estreñimiento.
- Pérdida de expresión en la cara y no hay parpadeos.
- Empieza a hablar con tono más bajo de lo normal.
- Dificultad para moverse.
- La espalda se va encorvando.
- Temblores (especialmente en las extremidades).
- Mareos por baja presión arterial.
- Trastornos del sueño.

Hay actos de la vida diaria que pueden ayudar a aliviar los síntomas del párkinson tales como:

- Ingerir alimentos con fibra y tomar mucho líquido para evitar el estreñimiento.
- Ingerir alimentos con omega-3.
- Hacer ejercicio para una mejor flexibilidad, fuerza muscular y estabilidad.
- Evitar movimientos o ejercicios que puedan provocar caídas.

6 Bibliografía

1. [https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/#::text=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20\(EP,los%20llamados%20Trastornos%20del%20Movimiento.](https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/#::text=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20(EP,los%20llamados%20Trastornos%20del%20Movimiento.)
2. [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/parkinsons-disease/symptoms-causes/syc-20376055.](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/parkinsons-disease/symptoms-causes/syc-20376055)
3. [https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html.](https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html)
4. [https://www.parkinson.org/.](https://www.parkinson.org/)
5. [https://www.youtube.com/watch?v=OcBrWPxRSzY.](https://www.youtube.com/watch?v=OcBrWPxRSzY)
6. [https://www.youtube.com/watch?v=EiUD119vrRM.](https://www.youtube.com/watch?v=EiUD119vrRM)
7. [https://www.youtube.com/watch?v=0Pzv3uVP1ZY.](https://www.youtube.com/watch?v=0Pzv3uVP1ZY)
8. [https://www.youtube.com/watch?v=8tDpHhglV5M.](https://www.youtube.com/watch?v=8tDpHhglV5M)

Capítulo 114

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

CARMEN MARTIN ORTIZ

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano es de relevancia en el campo de salud y es imprescindible que fomente las habilidades y los conocimientos sobre el ámbito quirúrgico.

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere una preparación correcta del quirófano, adiestramiento de todo el personal, adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro para el enfermo.

El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como miembro del equipo quirúrgico, realiza su trabajo en coordinación y bajo la supervisión de las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza,

colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible.

2 Objetivos

- Analizar los objetivos para dar a conocer el proceso completo que un paciente tiene que pasar cuando decide someterse a una intervención quirúrgica.
- Conocer el importante papel que el TCAE representa en todo el proceso perioperatorio, así como las funciones del auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “funciones auxiliar enfermería en quirófano”.

4 Resultados

Dentro de las funciones del TCAE en quirófano encontramos distintas, las cuales son:

1. Preparación del quirófano para cualquier intervención quirúrgica:
 - Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención, en colaboración con el equipo de enfermería.
 - Colaborar con las enfermeras en la colocación del equipo textil-desechable, lavado quirúrgico y cajas de instrumental.
 - Preparar y comprobar al menos un sistema de aspiración conectado a vacío, que será utilizado durante la inducción anestésica o durante la cirugía (muy importante en las intervenciones de urgencia, ya que algunos pacientes no cumplen el periodo de ayunas previo a la cirugía).

2. Recepción del paciente:

- Colaborar con el equipo de enfermería en la recepción del paciente, guardando las pertenencias, prótesis dentales o cualquier otro objeto en los lugares destinados a tal fin y asistiendo en caso necesario a las necesidades básicas del paciente antes de entrar al quirófano (cuña para orinar, protección de la piel con ácidos grasos en las prominencias óseas en el caso de intervenciones prolongadas...).
- Hacer una segunda evaluación, tras la primera realizada por el personal de enfermería, del aseo corporal del paciente que va a ser intervenido.
- Prevenir lesiones mediante: Retirada de accesorios del pelo o pelucas; se pone un gorro en el cabello del paciente, sacar joyas, retirar el esmalte de uñas, uñas postizas, etc., quitar lentes de contacto, retirar cualquier prótesis, instruir al paciente sobre las dimensiones de la mesa quirúrgica.

3. Durante la intervención quirúrgica:

- Proveer el material necesario que se solicita durante la cirugía.
- Colaborar con la enfermera cuando lo solicita para las técnicas que se realicen al paciente (sondaje, fijación de una vía venosa periférica, etc.).
- Limpiar el material que se ha utilizado al inicio del proceso anestésico y, en su caso, dejarlo disponible en quirófano porque puede hacer falta posteriormente.
- Atender al paciente cuando sea necesario y notificar cualquier incidencia al equipo quirúrgico.
- Colaborar con la EC en la colocación de la placa de bisturí eléctrico cuando se precise.
- Colocar la manta térmica si la enfermera prevé un descenso de la temperatura corporal del paciente, para evitar la hipotermia o para que el paciente se encuentre en un ambiente más confortable.
- Colaborar, si el equipo de enfermería lo requiere, en la colocación de los apósitos al final de la cirugía. Se debe hacer un lavado de manos higiénico antes de comenzar el proceso y al terminar de colocar el apósito.
- Seguir estrictamente los principios de las técnicas estériles (ya que el TCAE colabora con la EC en el manejo de materiales estériles en el proceso quirúrgico).

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en quirófano tiene que dar apoyo asistencial tanto al personal de enfermería como al paciente y mantener el orden y la reposición de todos los materiales necesario en quirófano, zona limpia, carro de anestesia.

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.

También el auxiliar de enfermería debe de estar al día en la formación información para renovar y aprender las nuevas técnicas que pueden ir apareciendo en el sector de quirófanos.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-un-quiroyano>.
3. www.daeformacion.com.
4. www.auxiliar-enfermeria.com.
5. Pubmed.
6. <https://aprenderly.com/doc/1945520/t%C3%A9cnicas-del-tcae-en-el-quir%C3%B3fano>.

Capítulo 115

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN MARTIN ORTIZ

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es el principal trastorno neurodegenerativo, es decir el Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento en las personas que lo padecen. Los síntomas generalmente se desarrollan muy lentamente y empeoran con el paso del tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas de la vida cotidiana.

La intervención de los sanitarios con estos pacientes persigue los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer.
- Mejorar el estado psicoafectivo.
- Garantizar, en la medida de lo posible, el deterioro.

- Observar si se producen cambios en el estado cognitivo del enfermo para su valoración.

La enfermedad de Alzheimer es responsable de entre un 60 y un 80 por ciento de los casos de demencia. Es una enfermedad progresiva, en la que los síntomas de demencia empeoran gradualmente con el paso de los años.

Se desconoce cuál es el motivo por el que se desarrolla la enfermedad del Alzheimer aunque se sabe que es habitual entre la población de mayor edad. Los enfermos de Alzheimer son uno de los principales colectivos que necesita los servicios profesionales del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

2 Objetivos

Saber las funciones y cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con enfermos de Alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración de 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Las principales funciones del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería con respecto a los cuidados de los Enfermos de Alzheimer son:

- Deberá realizar la correcta higiene del paciente con Alzheimer. La llevará a cabo en el momento del día más adecuado y preservando su intimidad. Se observará el estado de la piel en el paciente y se hidratará para evitar posibles eritemas y úlceras.
- Colaborará en la alimentación del paciente con Alzheimer. Dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente y su deterioro, siempre en posición Fowler.
- Deberá facilitar la vestimenta al Enfermo del Alzheimer y adecuar la ropa en función de sus características. También lo vestirá si el paciente no puede realizarlo por sí mismo.

- Se les acompañara al baño cada 2-3 horas, antes de acostarse y después de las comidas.
- Se les ayudara a moverse. Con el paso del tiempo no pueden llevar a cabo la misma actividad física que antes solían realizar de manera independiente, por lo que deberemos ayudarlos a mantenerla. Se les facilitara bastones o andadores.

Existen 3 etapas de Alzheimer:

- Enfermedad de Alzheimer leve: a medida que avanza las personas tienen una mayor pérdida de memoria y otras dificultades cognitivas. Los principales problemas son deambular y perderse.
- Enfermedad de Alzheimer moderada: en esta etapa el daño ocurre en las áreas del cerebro que controlan el lenguaje, el razonamiento, el pensamiento consciente y el procesamiento sensorial, como la capacidad de detectar correctamente sonidos y olores. Los principales problemas son alucinaciones o delirios.
- Enfermedad de Alzheimer grave: en esta última etapa las placas y los ovillos se extienden por todo el cerebro, y el tejido cerebral se reduce considerablemente. Los principales problemas son que no pueden comunicarse y necesitan ayuda de un cuidador.

Un diagnóstico temprano brinda mayores oportunidades a las personas de participar en estudios clínicos que prueban posibles tratamientos nuevos para la enfermedad de Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

La atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer requiere un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar, en el que participarán tanto profesionales como familiares del paciente.

Actualmente no existe tratamiento que puede detener la enfermedad del Alzheimer. Sin embargo, algunos fármacos pueden ayudar a impedir por un tiempo limitado que los síntomas empeoren, pero en ocasiones no funcionan nada.

Intervenir en la prevención del avance o de el deterioro cognitivo de la enfermedad también es tarea del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, para ello debe realizar continuos cursos sobre los avances del Alzheimer ya que son un colectivo difícil de tratar.

6 Bibliografía

1. <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>.
2. <https://medlineplus.gov>.
3. www.scielo.org.

Capítulo 116

URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y HOSPITALIZACION, ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN MARTIN ORTIZ

JOSEFA MILAN ANAYA

OLGA VIECO DE LAS HERAS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

ROMINA PAOLA NOLDIN ALONZO

1 Introducción

Las urgencias es el servicio del hospital en cual se atienden a pacientes, los pacientes que son atendidos en este servicio, suelen tener edades comprendidas entre los 0-16 años ambos incluido, ya que estos pacientes corren un mayor riesgo de contraer infecciones y poner su vida en peligro.

Definimos como el triaje de urgencias, al proceso de valoración clínica preliminar antes de la valoración diagnóstica.

Con este triaje debemos conseguir unos objetivos claros como son:

- Que los pacientes urgentes sean atendidos lo antes posible.
- Priorizar con la urgencia de la condición clínica del paciente.

- Determinar el área más adecuada para tratar a cada uno de los pacientes.

El auxiliar de enfermería debe entender y dominar el cuidado de los más pequeños para ayudar de manera efectiva a los demás profesionales sanitarios. La labor de los sanitarios en pediatría es primordial pues contribuye a la disminución de las muertes causadas por enfermedades. La atención al niño requiere de una adecuada formación, grandes dosis de imaginación, paciencia y comprensión. El Servicio de Hospitalización Pediátrica atiende a los pacientes que requieran ingreso, estos provienen del Servicio de Urgencias, de los remitidos por pediatras externos y del campus, así como por los diferentes especialistas.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de conocer los procedimientos básicos para llevar a cabo en urgencias pediátricas
- Conocer las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración de este 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 ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

A la llegada de todo paciente a Urgencias, este debe ser valorado inicialmente mediante el triángulo de evaluación pediátrica. Este se compone de:

Apariencia: es el lado más importante, y da una idea de la oxigenación, su alteración puede indicar una disfunción en el sistema nervioso central.

- Tono: cuando no se mueve o está hipoactivo.
- Reactividad: responde poco o nada a estímulos.
- Consuelo: irritabilidad o llanto inconsolable.
- Mirada: mirada perdida.

Respiratorio: se puede encontrar alteraciones en el sonido y la respiración y en el patrón respiratorio.

- Ruidos patológicos: ronquido, disfonía, obstrucción de la vía aérea alta.
- Signos visuales, se puede observar taquipnea, postura anormal o cabeceo.

Circulatorios: valorando el estado de la piel podemos hacernos una idea de la perfusión y el gasto cardiaco, ya que la piel será el primer órgano afectado en caso de alteración cardiovascular.

Las principales funciones del El técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

- Conocer al paciente pediátrico, equipos y materiales para desarrollar bien sus actividades de su puesto de trabajo.
- Estar pendiente del paciente y conocerá cualquier signo de alerta que pueda preocupar.
- Sabrá cual son las medidas de bioseguridad.
- Conocerá los procedimientos que se le realizaran a cada uno de los pacientes ingresados.
- Tener conocimientos previos para realizar una RCP en un paciente pediátrico.
- Ayudar en lo oportuno al personal de enfermería siempre que lo necesite.
- Recepcionar al paciente pediátrico cuando se instale en la unidad.
- Conocer cual son las técnicas para el traslado de un paciente pediátrico.
- Preparar la unidad de ingreso del paciente ordenando todo antes y después de su estancia.
- Tener buen talante y ser amable y honesto en su jornada laboral.
- Ayudar al paciente y a sus familiares en todo lo necesario cuando lo precisen.
- Desinfectar y limpiar todos los equipos que sean utilizados en el servicio.
- Cumplir con las normas legales y las de supervisión.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería valorarán la repercusión de la hospitalización del paciente pediátrico, para facilitar al niño el cambio de vida y establecer la relación con él y sus familiares para un mejor afrontamiento de los procesos de cuidados que se llevarán a cabo en su estancia.

Las urgencias pediátricas engloban gran actividad asistencial, dentro del ámbito sanitario.

Es muy importante saber diferenciar las urgencias pediátricas, con la importancia del Triángulo de evaluación Pediátrica (apariencia, respiratorio y circulatorio) podremos realizar una valoración momentánea, ya que el triaje es la primera toma de contacto con el paciente pediátrico.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://www.educaweb.com/profesion/enfermero-pediatrico-506/>.

Capítulo 117

LOS RIESGOS RADIOLÓGICOS POR ZONAS PUBLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BENEDICTA FERNÁNDEZ GOMEZ

1 Introducción

En lo concerniente a la exposición de los aparatos que van a expedir radiaciones ionizantes en el medio sanitario tanto publico como privado, sus fines serán diagnósticos y nos podemos encontrar con rayos X, en radioterapia con las bombas de cobalto y en la especialización de medicina nuclear con los radionucleidos o aceleradores lineales, por eso existen etiquetas de señalización estandarizados en todo el medio sanitario para impedir diferentes interpretaciones a la hora de visualizarlos y reconocerlos por el profesional sanitario, en lo referente a estas zonas de riesgo en la cual se instalan y está posicionado este aparataje siempre son zonas señalizadas adecuada y correctamente para que todo el profesional sanitario expuesto reconozca estas señales y este avisado visualmente.

En lo que al público y usuarios en general se refiere también se debe de poner señalización para que tengan conocimiento de en qué zona están transitando y que pueden estar expuestos al riesgo de radiación que existe ya que dentro de un hospital aparte de los usuarios y de los profesionales sanitarios, también trabajan otros sectores de servicios como celadores, cocineros, profesional de lavandería, administrativos, guardias de seguridad entre muchos otros trabajadores.

Esta presencia de radiaciones ionizantes puede incurrir en riesgos, daños y unos resultados negativos para la salud de todas las personas y también al medio ambiente y ser conocedores de ellos nos evitará estas adversidades.

2 Objetivos

Exponer exhaustivamente la información gráfica en formato textual del riesgo de irradiación así como de su contaminación y precauciones en los servicios sanitarios.

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

Clasificación de zonas.

La clasificación de zonas realizada por el Servicio de Protección Radiológica se hará de acuerdo con el riesgo de las personas que tengan que permanecer en ellas durante su jornada laboral.

La clasificación comprende:

1. Zona vigilada. Es la que existe la posibilidad de recibir, aun no siendo zona controlada, cuantías efectivas superiores a 1 mSv por un año oficial o una cuantías superior o equivalente a 1/10 de los límites de las cuantías equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades.
2. Zona controlada. Será la cual en la que existe la posibilidad de recibir unas cuantías efectivas superiores a 6mSv por un año oficial o una cuantías superiores y equivalentes a 3/10 de los límites de cuantías equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades (3). Aunque esta zona es controlada, sigue existiendo el riesgo dependiendo de su función que debido a ello se necesite una clasificación más estricta o restrictiva.

3. pueden existir zonas que en función del riesgo requieran una clasificación más restrictiva.

- Zona de permanencia limitada. En ella va a existir un riesgo de recibir una cantidad mayor a los límites de cuantías ya fijados.
- Zona de permanencia reglamentada. Aquella con riesgo existente de poder recibir en periodos cortos de tiempo una cuantías muy superior a los límites fijados de cuantías y que requieren especiales prescripciones desde el punto de vista de la optimización.
- Zona de acceso prohibido. Aquella en la que la existencia del riesgo es la de recibir en una sola exposición y en una única cuantías superiores a los límites de cuantías fijados.

Señalización:

El riesgo de radiación se indica por un símbolo internacional (el trébol), enmarcado en una orla rectangular del mismo color que el símbolo y de la misma anchura que el diámetro de la circunferencia interior del símbolo.

Si sólo hay riesgo de radiación externa y el riesgo de contaminación es despreciable, el trébol se rodea de puntas radiales.

Si el riesgo es de contaminación y el de radiación es despreciable, sobre campo punteado irá el trébol. Si existen los dos riesgos, sobre campo punteado irá rodeado de puntas radiales (5).

También en la señal y en la parte de arriba, se indicará una leyenda con el tipo de zona y en la parte inferior, otra nos señalará el tipo de riesgo.

Estos colores en los tréboles nos indicarán su clasificación de la zona, irán en orden ascendente al riesgo que se le asocia:

- Gris azulado: zona vigilada.
- Verde: zona controlada.
- Amarillo: zona de permanencia limitada.
- Naranja: zona de permanencia reglamentada.
- Rojo: zona de acceso prohibido.

Las señales se colocarán siempre bien visibles, y en la entrada de las correspondientes zonas y de los lugares significativos.

Se deberá de colocar un cartel indicativo, junto con la señal correspondiente para, en las zonas que no están clasificadas permanentemente.

Deberán de proporcionarse a los equipos de rayos X portátiles la identificación adecuada para que sea visible la indicación de riesgo y su naturaleza.

5 Discusión-Conclusión

De esta descripción detallada de las zonas de radiación llegamos a la conclusión que las instalaciones de uso de radiaciones ionizantes sus requisitos de restricciones se deben cumplir siempre, se deberá realizar por un encardado la revisión de la instalación, el cual, en lo concerniente a incidentes, riesgos o un peligro inminente será el encargado de realizar las actuaciones pertinentes. Las zonas que expiden radiaciones ionizantes tienen que estar adecuadamente blindadas, Este tipo de servicios se procura siempre, que estén alejadas de la zonas de paso habitual de los usuarios o pacientes, suelen estar recubiertas de plomo para evitar el riesgo de fugas, se deben aumentar las distancias en la medida de lo posible y disminuir el tiempo de exposición, por eso debemos como profesional sanitario conocer la señalización y poder identificarla y por supuesto respetar siempre estas señales de advertencia de peligro, así se evitaran consecuencias adversas y accidentes innecesarios.

6 Bibliografía

1. Lemus J, Tigre C, Ruiz P, Dachs N. Manual de vigilancia epidemiológica. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Fundación W.K. Kellogg, Washington: OMS; 1996.
2. Osorio AM, Reynolds P. Sistema de vigilancia de las enfermedades. En: Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. 3ra ed. México: Internacional Mc. Graw-Hill. 2005;p.853.
3. García AM, Benavides F, Ruiz Frutos C. Salud laboral. En: Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 2da ed. Madrid: Masson; 2001.p.54.
4. Cherry Jr. Vigilancia de la salud en el trabajo. Seguridad radiológica. Radiaciones ionizantes. Enciclopedia de salud y seguridad e el trabajo.3ra ed. Madrid: Ministerio de Trabajo Sociales;1998:48-9. [En español].
5. Rodríguez CA. Principios metodológicos para una vigilancia de la salud de los trabajadores. En: La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente. Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo;2005.p.163.
6. Ferreirós Espinosa C, Porto Vázquez MC. Control médico de los profesionales sanitarios expuestos. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2da ed. Madrid: Interamericana Mc. Graw-Hill;1993:151.
7. García A, García AM. Agentes físicos. En: Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 2da ed. Madrid: Masson;2001.p.329.

8. Blanco Álvarez Laura María, Palazuelos García Luis Manuel, Escalada Pastor Carmen, Martínez Ortega Jaime, Rodríguez de la Pinta María Luisa. Sobreexposición laboral a radiaciones ionizantes en el medio sanitario. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2020 [citado 2022 Mayo 13]; 29(3): 245-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000300008&lng=es. Epub 11-Ene-2021.

Capítulo 118

LA MALNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR

VANESA PUENTE FERNANDEZ

1 Introducción

La malnutrición tiene impacto e influencia sobre todas las dimensiones de la valoración geriátrica integral, impidiendo alcanzar el mayor estado de bienestar físico, mental, social con un funcionamiento adecuado. Es por tanto un factor de fragilidad.

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

En la mayoría de las ocasiones la malnutrición en el anciano está infradiagnosticada y en ocasiones considerada como parte normal del envejecimiento, debido a su forma de presentación insidiosa y a su etiología multifactorial. La mayor parte de los casos de malnutrición se deben a causas reversibles.

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica. Su incidencia en los hospitales es del 40 %. La obesidad también es otro tipo de malnutrición que afecta a la población anciana.

Por malnutrición entendemos los trastornos provocados por un exceso, déficit o desequilibrio de energía o nutrientes en relación con las necesidades metabólicas y tisulares. La malnutrición se manifiesta como hipernutrición o hiponutrición. La hipernutrición se presenta cuando hay un exceso de disponibilidad de nutrientes con respecto a las necesidades tisulares.

La obesidad es ejemplo de hipernutrición energética procedente de grasas, carbohidratos, proteínas o alcohol.

La hiponutrición es otra forma de malnutrición, que se da al presentarse un déficit en la disponibilidad de nutrientes con respecto a las necesidades tisulares. La desnutrición calórica proteica es un ejemplo de hiponutrición.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir los conceptos de malnutrición, desnutrición y obesidad.

Objetivos secundarios:

- Enumerar los factores, las causas y las consecuencias de la malnutrición en las personas mayores.
- Revisar las escalas de valoración utilizadas en la malnutrición en personas mayores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros, así como de las principales bases de datos de artículos sanitarios, a saber: Scholar Google, Medline, Dialnet, Pubmed y Scielo. Las palabras claves empleadas fueron: hiponutrición, hipernutrición, población anciana, geriatría y nutrición. Operadores booleanos: and y or. Se han tenido en cuenta criterios de exclusión como, por ejemplo, literaturas en idiomas diferentes al español o inglés o textos no disponibles de forma gratuita

4 Resultados

Desnutrición:

Como vemos los términos de malnutrición y desnutrición no son sinónimos. En el caso de los adultos mayores, la desnutrición es el tipo más frecuente de malnutrición. La desnutrición, entendida como tipo de hiponutrición, se define como un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. Se describen hasta tres tipos de desnutrición calórico-proteica en este grupo poblacional.

- Desnutrición crónica o marasmo:

Es un proceso lento y progresivo, con elevada prevalencia en las unidades de larga estancia o residencias y resulta de una ingesta insuficiente. Los hallazgos clínicos frecuentes son disminución de parámetros antropométricos y excreción de creatinina urinaria.

- Desnutrición aguda o Kwashiorkor:

Es un síndrome clínico de inicio brusco como consecuencia de la ingestión inadecuada de proteínas. Clínicamente se caracteriza por el mantenimiento del peso corporal y la presencia de edema.

- Desnutrición mixta:

Es el tipo de desnutrición más frecuentemente encontrada en el adulto mayor. Es multifactorial y tiene hallazgos clínicos de los dos tipos antes descritos. En el caso de los adultos mayores se sugiere que el uso de la circunferencia abdominal tenga un mayor valor que el IMC para evaluar riesgos asociados a la obesidad, debido a que el IMC puede verse afectado por cambios en la distribución corporal.

La obesidad:

En los adultos mayores la obesidad se relaciona con una disminución de la actividad física que parece ser resultado de diversos cambios fisiológicos. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del sobrepeso son: sexo masculino, bajo nivel educacional, ser casado, el no uso del alcohol, la inactividad física, la comorbilidad y el déficit funcional. Los aspectos genéticos también se relacionan con el desarrollo de obesidad.

Otras causas de obesidad son el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, las patologías endocrinológicas y el uso de algunos fármacos (glucocorticoides, benzodiacepinas) entre otras. La obesidad es un tipo de hipernutrición energética producida por exceso de tejido adiposo procedente de grasas, carbohidratos, proteínas o alcohol; sin embargo, la medición del tejido adiposo no es sencilla. Es así que de manera práctica se define la obesidad como un exceso de peso más que un exceso de grasa.

El diagnóstico de obesidad y sobrepeso en los adultos en general se ha basado principalmente en dos parámetros antropométricos: el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia abdominal (CA).

Diagnóstico de malnutrición:

Para hacer el diagnóstico de malnutrición en el anciano debemos realizar una valoración geriátrica (clínica, funcional, psíquica y social) con especial hincapié en la exploración específica de la masticación y deglución. La valoración del estado nutricional se incluirá en:

- La historia clínica.
- La encuesta dietética.

- La exploración clínica.
 - Los valores antropométricos y bioquímicos.
- En la historia clínica se deben recoger los siguientes datos:

Valoración de enfermería:

NANDA Alteración de la nutrición por exceso.

Alteración de la nutrición por defecto.

Riesgo de Aspiración.

Deterioro de la deglución.

NIC Ayuda en el autocuidado:

Alimentación.

Prevención de Aspiración.

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es entre la multitud de escalas de valoración nutricional disponibles la prueba con mayor sensibilidad y especificidad, pudiendo adaptarse a cualquier entorno del anciano. Recoge aspectos de la historia dietética, datos antropométricos, datos bioquímicos y valoración subjetiva. Tiene buena correlación con el diagnóstico clínico y bioquímico y predice mortalidad y complicaciones. Es corto, reproducible, validado y útil en el seguimiento nutricional.

El objetivo del MNA es evaluar el riesgo de malnutrición para realizar una intervención en las fases iniciales de la misma.

El MNA confirma el diagnóstico de malnutrición en el anciano frágil, enfermo, hospitalizado o institucionalizado.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, para la detección temprana de la malnutrición en la población anciana deberíamos realizar como mínimo un seguimiento periódico del peso e IMC.

También podemos utilizar la versión reducida del MNA como método de cribado y, si la puntuación obtenida es menor de 12 puntos, utilizar el MNA completo como método de valoración nutricional.

Los adultos mayores no están excluidos de medidas de prevención como la educación nutricional. En geriatría la educación nutricional no sólo debe dirigirse a los ancianos sino también a los cuidadores.

Algunas metas que deben tenerse en cuenta en los programas de educación nutricional en el anciano son:

- Mantener la actividad física.

- Tener un peso corporal adecuado, una dieta variada y una ingestión adecuada de líquidos.
- Evaluar los problemas de nutrición.
- Identificar los sujetos con alto riesgo de malnutrición.

Es evidente que hay una gran variedad de culturas de la alimentación que pueden favorecer un envejecimiento saludable y libre de incapacidad. En nuestro medio la alimentación tradicional se ajusta a la cultura alimentaria mediterránea conocida como dieta mediterránea.

Siempre que sea posible debemos recurrir a la alimentación tradicional incluso con modificaciones (fraccionar la ración, cambiar la textura de los alimentos, etc.).

Pero no debemos olvidar que existen múltiples factores que pueden dificultar una alimentación adecuada y suficiente como la presencia de anorexia, la dificultad para masticar por falta de dentadura, la disfagia, las enfermedades gastrointestinales, y por supuesto, la dificultad para conseguir alimentos y prepararlos. Para ello podemos utilizar la alimentación modificada.

6 Bibliografía

1. Padro L, Benacer R, Foix S, Maestre E, Murillo S, Sanvicens E, Somoza D, Ngo J, Cervera P.. Assessment of dietary adequacy for an elderly population based on a Mediterranean model..J Nutr Health Aging, 6 (2002), pp. 31-3.
2. Hernández A, Royo R, Martínez ML, Grana J, López A, Morales MM.. Malnutrition prevalence in institutionalized elderly people in Valencia Community, Spain.. Med Clin, 117 (2001), pp. 289-9.

Capítulo 119

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE INCAPACITACIÓN O CAPACITACIÓN DEL PACIENTE

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

VERONICA NUÑEZ GIL

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

1 Introducción

En el ámbito de leyes el TCAE se va a encontrar con pacientes que legalmente que por orden judicial o sentencia están incapacitados y tienen asignado un tutor .Este tutor es el que se encarga de las gestiones económicas de este paciente. De ante una intervención quirúrgica da el consentimiento etc.

Las diferencias entre estas dos funciones es que La Incapacidad jurídica es la carencia de la aptitud para la realización del ejercicio de derechos o para adquirirlos por sí mismo. Sin embargo la capacitación legal es también conocida como la

capacidad jurídica, en Derecho, es la aptitud de una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones por sí misma, sin el ministerio o autorización de otro. La capacidad jurídica se clasifica en dos; capacidad de goce: es la idoneidad que tiene una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones.

El TCAE entenderá cada uno de los conceptos de acuerdo con la ley y también en acciones que necesiten ser supervisados por el tutor tendrá que recurrir al archivo y comprobar quien realmente debe dar el consentimiento sobre ese paciente. En el caso de paciente incapacitado legalmente cada actuación realizada con el debe quedar reflejada en el archivo o en su historia clínica de forma que se pueda comprobar en un momento dado.

2 Objetivos

Conocer las actuaciones o intervenciones de como solicitar o pasos a seguir la incapacidad o capacitación de un paciente por el TCAE.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que nos enseñan que tipo pasos se pueden llegar a tener para solicitar la incapacidad o capacitación de un paciente.

Palabras clave: ley, capacidad, incapacidad y derechos.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica podemos documentar los textos o artículos que nos enseñan que pasos hay que seguir en caso de que un paciente tenga que ser incapacitado legalmente y conocimientos por parte del TCAE.
- El TCAE antes de todo el proceso debe conocer al paciente y poder dejar reflejado su opinión para que en caso de que tenga que ser llamada por ley pueda constar su opinión.
- La primera etapa es la presentación de la documentación en un juzgado, en la cual estará revisada, escrita y documentada por la trabajadora social. Aunque en otras ocasiones estará realizada por los familiares o tutores cercanos. Esta ira

adjuntada a certificado de nacimiento literal, informes médicos, fotocopias de DNI.

- Siguiente paso la contestación a la demanda, el juez decide si sigue el caso o no.
- El juicio en el que el juez conocerá a la persona y podrá valorar según sus informes médicos y observación tras una entrevista con la persona, si está capacitada o no para poder decidir por sí misma.
- Sentencia aquí ya estará decidido si el paciente es capaz de cuidarse a sí mismo y decidir o no. Con lo cual en caso de incapacidad se le designara un tutor que será el que decida por las todas las actuaciones que conlleven incluso un riesgo vital.
- Por tanto la Tutela se constituye como Institución jurídica para la guarda y protección de la persona y bienes de la persona con modificación de su capacidad, bajo supervisión de la autoridad judicial (art. 222 y siguientes del Código Civil), quedando sin efecto al fallecimiento de la persona tutelada.
- Todo esto quedara registrado legalmente y los documentos se entregarán por escrito para que quede constancia de que el acto de incapacitación ha seguido el proceso correcto.

5 Discusión-Conclusión

En este tema tiene que ser todo registrado en todo momento sobre todo en la incapacitación. Por ello el TCAE como cualquier otro personal sanitario deberá registrar toda actividad, intervención, incidencia. Es importante seguir los pasos y no saltar ninguno ya que todo va a ir encadenado para que lleguen los papeles a donde tienen que recibirlos.

Es un tema con muchos pasos a realizar pero si todo sale correctamente el paciente será incapacitado o no dependiendo de las necesidades básicas diarias que necesite o tenga una patología mental etc.

ES un tema que se ha escrito en palabras sencillas para el buen entendimiento de cualquier publico y pueda entender los pasos correctamente.

6 Bibliografía

1. Marco normativo. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (internet) <https://siidon.guttmann.com/es/recurso/modificacion-capacidad-obrar>.
2. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por el Estado Español el año

2008.

Capítulo 120

CONOCIMIENTOS DE LA DIETA HIPOCALORICA EN EL ENVEJECIMIENTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

VERONICA NUÑEZ GIL

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

1 Introducción

La etapa del envejecimiento es algo en el que se producen cambios a nivel somático, físico y psicológico.

Según la asociación de geriatría por ello podemos definir, el envejecimiento como un proceso gradual y continuo de cambio natural que se inicia en la edad adulta temprana. Durante la edad mediana temprana muchas funciones del cuerpo comienzan a disminuir gradualmente.

En la actualidad, no hay una edad determinada que convierta al individuo en un anciano o en una persona de edad avanzada. Tradicionalmente, la edad de 65 años se considera como el comienzo de la vejez. Pero el motivo de esta consideración no se fundamenta en la biología, sino en la historia. Hace muchos años, la edad de 65 años fue elegida la edad de jubilación en Alemania, el primer país en establecer un plan de jubilación, y sigue siendo la edad en que en la mayoría de las sociedades las personas suelen finalizar su etapa laboral, aunque esto está cambiando.

Existen tres tipos o formas de envejecimiento:

- Cronológica, en la que acompaña la edad a la fisonomía del paciente.
- Biológica esto se basa en los factores que acompañan a la edad de la persona.
- Psicológica, aquí el paciente va a definir su edad no en los años ni en el cuerpo si no que es como se siente, triste, alegre, la forma de vestir etc.

2 Objetivos

Describir los efectos o conocimientos del TCAE a la hora de realizar una dieta hipocalórica en el envejecimiento en general.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipo de dieta es aconsejable durante el envejecimiento de las personas en general.

Palabras clave envejecimiento, cuidados, dieta y grasas.

4 Resultados

- En nuestro trabajo o tema hemos podido realizar una revisión en la que nos ha indicado que tipo de cuidados o dieta hipocalórica puede llegar a enseñar el TCAE en la época del envejecimiento de las personas en general.
- El TCAE debe conocer los beneficios de informar o realizar la educación sanitaria con pacientes que entran en la etapa de envejecimiento o longevidad.
- El impulso hacia hábitos de vida saludable no solo en el envejecimiento si no durante toda la vida es algo que debe inculcar el TCAE a la población .
- Uno de los mayores beneficios que pueden ocurrir al realizar una dieta hipocalórica es que durante el envejecimiento no se necesitan tanta alimentación

con grasas o lípidos.

- Una dieta baja en calorías va a ayudar a mantener la energía que necesita el paciente.
- En algún artículo encontrado nos han documentado ensayos clínicos los cuales como resultado han tenido el que una restricción calórica, dieta hipocalórica, alarga más la vida. Esto tiene que ver con que una ingesta excesiva de alimentos también va a ayudar a el debut de diabetes, hipertensión arterial etc.
- El TCAE ayudara a el paciente, conjuntamente a realizar una dieta hipocalórica para evitar algunas patologías o controlar si ya llega a padecerlas.
- En esta dieta tendrán que desaparecer los dulces, grasas, etc. y aumentar las proteínas pero con un límite, las verduras, frutas etc.
- Otros autores nos han confirmado que, los efectos para la salud son indudables, la restricción calórica protege contra los problemas cardiovasculares, la neurodegeneración, la diabetes y el cáncer, incluso la diferencia en el aspecto físico es alucinante.
- La dieta también va a afectar a el estado físico y emocional de la paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema poco conocido pero a la vez se esta ejecutado sin conocer los beneficios de la dieta hipocalórica en el envejecimiento.

Como se ha comentado en los resultados es importante conocer que tipo de alimentos son los adecuados y se pueden incluso tomar con límites y cuales deberán estar prohibidos.

El TCAE es el profesional que ayudará a el paciente a conseguir la dieta equilibrada en la que no tendrá que pasar ningún tipo de hambre.

Se registrará todo lo que el TCAE realiza en conjunto con el paciente para poder ir modificando o actualizando lo que se vaya observando para conseguir la dieta adecuada.

6 Bibliografía

1. Seagle HM, Strain GW, Makris A, Reeves RS; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: weight management. J Am Diet Assoc 2009; 109: 330-46.
2. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington DC: U.S. Government Printing Office; 2010.

3. Rolls BJ. Dietary strategies for the prevention and treatment of obesity. *Proc Nutr Soc* 2010; 69: 70-79.

Capítulo 121

EDUCACIÓN SANITARIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PRESPECTIVA Y APARICIÓN DE EL CLIMATERIO Y PREVENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

ANA MARÍA GIL-GALLARDO ESPADAS

VERONICA NUÑEZ GIL

MARÍA SONIA HERVÁS SÁNCHEZ

ANA BELÉN VOZMEDIANO MORENO

RAQUEL GEMA RAMIRO LOPEZ

1 Introducción

En el climaterio la persona comienza a notar alguna sintomatología, no solo a nivel físico si no también a nivel psicológico.

Podemos hablar o definir el climaterio como una etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva a la no reproductiva, con la pérdida de la función ovárica el cual se caracteriza por una deficiencia de estrógenos, con los cambios o modificaciones biológicas.

Cuando decimos o hablamos del climaterio nos estamos refiriendo a una etapa natural de la mujer no una patología u enfermedad.

Podemos comentar que tenemos etapas en el climaterio como:

- La premenopausia que es tiempo que precede a la menopausia concretamente unos 3 a 5 años antes.
- Perimenopausia en la que ya se esta acercando mas y se reduce el tiempo de 1 a 2 años antes de la menopausia.
- Por último hablamos de la menopausia que es el cese de la menstruación durante un año consecutivo sin interrupciones.

En esta etapa aparecerá también la depresión, aislamiento, tristeza debido a el déficit de estrógenos en la mujer y con ello tiende a un estado emocional bajo, de aislamiento de la familia, amigos etc. No siempre ocurre, pero siempre hay algún tipo de estado afectivo en general.

2 Objetivos

Describir como puede llegar la mujer a la percepción de la etapa de climaterio y prevención de los síntomas que van apareciendo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipo de prevención ante el climaterio puede realizar el personal sanitario.

Palabras clave: cuidados, menstruación, climaterio y menopausia.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos incluido artículos con evidencia científica en la que nos indican que los cuidados a niveles físicos y psicológicos en la mujer previenen algunos de los síntomas que se pueden generar en el climaterio.
- El TCAE también podrá llegar a realizar educación sanitaria ya que en ocasiones la paciente debido a sus déficits de conocimiento o educación nula, a nivel de escolarización. La paciente acudirá a consulta asustada debido a que no entiende que le esta pasando. Incluso pensara que en el cese de la menstruación está embarazada.

- El TCAE comentara a la paciente la sintomatología para que esta conozca como puede llegar a sentirse. os síntomas a corto plazo son: sangrados irregulares, los trastornos vasomotores: los sofocos, sudoraciones, y palpitaciones; los síntomas psíquicos son: cambios de humor, cefaleas, fatigas, depresión, descenso de la libido, perturbaciones del sueño, aumento de peso; los síntomas a mediano plazo son: modificaciones a nivel urogenital con sequedad vaginal, dispareunia, cistitis incontinencia e infecciones urinarias recurrentes, descenso y prolapsos, y los síntomas a largo plazo son: enfermedad cardiovascular, metabólicas, osteoporosis y a muy largo plazo: enfermedad de Alzheimer.
- El TCAE elaborara una guía de pasos desde que comienza el primer síntoma como en aconsejarle una dieta rica en calcio para evitar esa osteoporosis, baja en grasas y lípidos. También eliminara el azúcar, los dulces etc.
- También en la guía le aconsejara ejercicio físico dentro de las posibilidades posibles de la paciente, como caminar, natación, etc.
- Otro tipo de prevención en la sintomatología es que en caso de depresión acuda a el profesional sanitario para pedir ayuda y evitar que siga en aumento este tipo de estado emocional en general que sufren los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Este es un tema que se debería comentar en las consultas de los centros de salud a las mujeres, para evitar confusiones en casos como se ha comentado que no conozcan los síntomas.

El TCAE aconsejara no obligara a la paciente a cerca de la prevención de la sintomatología dentro de lo que esta pueda. En algunas ocasiones tienen algún tipo de limite con lo cual se pensará en otro tipo de actuación.

El resto tendrá que entender que son consejos básicos, algunos síntomas van a ser imposible eliminarlos, pero si intentar limitarlos. Siguiendo los consejos del TCAE y comprobando que poco a poco van realizando efecto , ya que en ocasiones tardan en hacer efecto.

6 Bibliografía

1. Testa R. Ginecología. In Testa R. fundamentos prácticos de ginecología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p. 317, 318.319.
2. Usandizaga. In Usandizaga J El. Tratado de obstetricia y ginecología. Madrid: McGraw-Hill; 2010. p. 530,533.

3. Búmel M. JE. REDLINC Red latinoamericana de investigación del climaterio. Revista chilena menopausia fact. riesgos. 2014.

Capítulo 122

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y ENFERMO TERMINAL. ACTUACIÓN Y CUIDADOS

EVA MARIA VILALTA DIAZ

1 Introducción

Las personas “conviven” con el miedo a la muerte, pero pueden posponer el plantearse el problema, que les resulta angustioso en sumo grado; así se defienden de la ansiedad que les crea. Los profesionales de Enfermería, por nuestras responsabilidades inherentes, estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esto a menudo, resulta doloroso o difícil, pero debemos encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar nuestros sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal.

Para ello debemos de conocer las peculiaridades y connotaciones que la muerte tiene en las distintas culturas, razas o etnias de nuestra sociedad. Además de tener en cuenta ante un paciente moribundo que su muerte es irremediabilmente personal, al igual que la vida. La certidumbre de la muerte es lo que humaniza y de los aspectos más importantes que debemos considerar es que el moribundo es un ser vivo y que la proximidad de la muerte, les hace más sabios, sensibles y nobles.

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología.

En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar”, sino el de “cuidar” al paciente a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. Con esta finalidad surgió una nueva forma de atención médica integral que se denominó cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos inicialmente se desarrollaron en Inglaterra como filosofía hospice. Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico y psicológico) en la familia y el paciente.

Los cuidados paliativos, son un tema de actualidad, debido al envejecimiento de la población y al aumento de la cronicidad de las enfermedades.

La mayoría de los pacientes prefieren vivir el proceso de morir en su domicilio junto a sus familiares, contando con la implicación de los profesionales sanitarios. El cuidado de personas en situación paliativa y de sus familiares representa un reto único.

2 Objetivos

Describir la importancia y las funciones del TCAE ante el paciente terminal.

3 Metodología

Se han utilizado consultas de artículos, así como libros en las principales bases de datos: “Google Académico”, “Medline” y “Scielo”, realizando una selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, utilizando las palabras clave: “paciente terminal”, “enfermo terminal”, “cuidados paliativos” y “familia y paciente terminal”.

4 Resultados

Las acciones paliativas tienen cuatro fases:

1. Cuidado paliativo precoz: el paciente presenta buen estado funcional, con pronóstico de meses a años.

2. Complementario: el paciente presenta estado funcional intermedio, con pronóstico de semanas a meses.
3. Predominante: cuando presenta bajo estatus funcional, con irreversibilidad de la enfermedad de base, y pronóstico estimado de días a semanas.
4. Exclusivo: cuando hay un declive rápido e irreversible del estado general (cuidados de fin de vida).

Criterios de ingreso en unidades de cuidados paliativos:

- Insuficiencias orgánicas avanzadas: tipo cardíaco, respiratorio, hepático y renal.
- Enfermedades degenerativas del SNC: Demencias, Parkinson, Ictus, Comas, ELA.
- Pacientes geriátricos pluripatológicos terminales.
- Pacientes terminales afectos de SIDA.
- Poliulcerados con inmovilismos irreversibles.

Objetivos y bases terapéuticas de los cuidados paliativos:

1. Bienestar, la confortabilidad del paciente es el objetivo de todo el proceso asistencial. No se trata de alargar, sino de mejorar la calidad de vida. Lo que se pretende es disminuir el sufrimiento del paciente y de sus familiares, conservar la autonomía, la dignidad de las personas y su capacidad de decisión, participando activamente en la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial.
 2. Atención integral, el paciente y su familia son considerados como unidad, proporcionándoles una atención integral e individualizada que tenga en cuenta las necesidades de los mismos a todos los niveles: físicos, emocionales y espirituales.
 3. Control de los síntomas, se realizará mediante tratamientos consensuados en función de las repercusiones que provoquen en el paciente y no del tiempo que le quede de vida. Hay que tener en cuenta la relación beneficio-coste-yatrogenia (daño no deseado), y la opinión del paciente y su familia al respecto.
 4. Apoyo emocional y comunicación, el control de los síntomas suele ser insuficiente para confortar al paciente, ya que la enfermedad altera funciones personales a otros niveles (laboral, social, familiar, económico) dando lugar a múltiples conflictos que necesitan resolverse para que el paciente pueda sentirse mejor.
- La información acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, así como de las posibles complicaciones que puedan ocurrir durante la evolución de la misma, constituye un arma terapéutica primordial. La información facilita que el sujeto desarrolle mecanismos adecuados para luchar contra la enfermedad y el sufrimiento.

La información:

Las características generales de la información son:

- Debe ajustarse a las necesidades de conocimiento que plantea el paciente. Explorar previamente el grado de conocimiento acerca de su enfermedad.
- Ser concreta y verdadera. No dar falsas esperanzas ni aventurar acontecimientos.
- Ser coherentes con todas las fuentes posibles, evitando contradicciones que puedan incrementar las dudas y el sentimiento de atención incorrecta por parte del paciente.
- Debe asociarse siempre a nuestro compromiso de acompañamiento mantenido. Es tan importante en sí la información (“lo que se dice”) como la manera de transmitirla. El requisito más importante para una buena comunicación es la disposición para ayudar y la creación de un clima adecuado de confianza y respeto mutuo. La actitud receptiva (“saber escuchar”), con alto grado de empatía y afectuosidad genera confianza en el paciente y permite que éste exprese sus vivencias y temores, convirtiéndose de esta manera en una herramienta terapéutica muy útil (“vaciar los temores”). El paciente debe sentirse escuchado por el equipo terapéutico y por sus familiares; sus opiniones han de ser respetadas y aceptadas, y sus preocupaciones, compartidas. En ocasiones el contacto físico afectuoso transmite lo que no pueden hacer nuestras palabras. Muchas veces la empatía se expresa por medio de gestos o por contacto físico, constituyendo un instrumento de relación humana muy útil que se conoce como haptonomía reglas que rigen la relación táctil).

La Doctora Kübler Ross, describe la aceptación de la muerte en 5 etapas. No necesariamente tienen que darse las 5 fases en todos los pacientes terminales, pero si al menos, pasarán por 2 de ellas.

1. Negación, negar, rechazar la realidad de la noticia, la negación es sólo una defensa del paciente.
2. Cólera, ira rabia, en esta etapa aparece la protesta, el paciente se pregunta “¿Por qué yo?”.
3. Negociación, pacto, el paciente va aceptando la idea de la muerte, pero a la vez intenta de laguna manera aplazarla o retrasarla.
4. Depresión, voy a morir, ¿Qué sentido tiene?, ¿por qué seguir?, el paciente en esta fase pasa por dos tipos de depresión: reactiva y preparatoria:
 - Depresión reactiva, está motivada como reacción que tiene el paciente al recibir la noticia dramática de su enfermedad, provocando en las personas que la sufren llanto, insomnio, tristeza, aislamiento, cambios de humor y comportamiento.
 - Depresión preparatoria, trastorno por el que pasa el paciente terminal en la etapa de la transición entre la lucha por la vida y la aceptación de la muerte.

5. Aceptación, el paciente está preparado psicológicamente para morir.

Recomendaciones:

A continuación, expondremos algunas recomendaciones sobre cómo actuar en la relación a los cuidados del paciente terminal, pero previamente partimos de una idea fundamental y motivadora: “las actitudes y conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas para el enfermo”. Este principio de partida justifica la necesidad de que asimilemos correctamente estos criterios:

1. Asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano.
2. Que el Equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir los profesionales de la salud (y especialmente los de Enfermería) la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante. Este “espíritu de equipo” incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.
3. Animar al Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes que deseen hablar de sus miedos y temores. Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.
4. No ser demasiado estrictos con las normas y protocolos de la institución donde trabajemos a la hora de aplicarlos, sino más bien adaptarlos a las necesidades de cada enfermo. De esta manera evitaremos la pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresantes, depresivos y de indefensión.
5. En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho de conocer la verdad como de no querer conocerla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no, por medio del trato directo con él, a través de sus preguntas, actitudes y también valorándolo con la familia. No se puede decir ni negar la verdad por sistema.
6. Agilizar si estuviera hospitalizado, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, la alta voluntaria. De esta manera el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo rodeado de sus familiares y amigos.
7. No extremar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar el sufrimiento del paciente o alejarlo del contacto humano. Quizá, así, en lugar de alargar la vida se está alargando la muerte.
8. Tener unos criterios útiles para el uso y administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de administración.

9. Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo desea.
10. Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades post-mortem: cumplimentación de impresos, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc.).
11. Trabajar con profesionalidad: si personalmente no deseamos plantearnos el tema, al menos como algo cotidiano en nuestro trabajo debemos aceptar que el fin de toda vida es la muerte. Esto, por supuesto, sin llegar a la frivolidad que se observa en muchos profesionales, que parecen estar tan acostumbrados que no personalizan la situación, comprendiendo el sufrimiento tanto del enfermo como de la familia.
12. Por último, contemplamos la asistencia a la familia en el duelo, intentando en la medida de lo posible evitar la aparición del duelo patológico.

Las necesidades que debe cubrir el TCAE ante el enfermo terminal son varias, por lo que las dividiremos en tres bloques: físicas, emocionales y espirituales.

1. Las necesidades físicas:

1.1 Cambio de postura con frecuencia (según instrucciones). Hay una gran debilidad muscular, el paciente no se puede mover y gracias a estos cambios posturales conseguimos que está más cómodo y prevenimos la aparición de úlceras en la piel.

1.2 Arrojarlo convenientemente. El paciente siente frío e, incluso, puede temblar.

1.3 Extremar los cuidados de higiene individual y prestar especial atención a los siguientes:

La boca:

- La mucosa se reseca debido al tipo de respiración que presenta, pues suelen mantener la boca abierta. Esta situación es muy incómoda para el paciente. Además, suele haber acumulación de secreciones mucosas en la cavidad que deben retirarse. Debemos humedecer los labios y la boca frecuentemente.

Las fosas nasales:

- A veces, se pueden secar y se endurecen las secreciones. En este caso las limpiaremos con una torunda de algodón humedecida con glicerina.

Genitales:

- Los limpiaremos con frecuencia ya que el enfermo suele tener incontinencia. La orina y las heces en contacto con la piel son irritantes.

1.4 Cambiar la ropa de la cama las veces que sea necesario. El enfermo suele tener incontinencia y sudar en abundancia.

1.5 Ofrecer la cuña y el orinal a menudo.

1.6 Al administrar los alimentos seremos cautelosos y pacientes porque el enfermo puede presentar dificultad para tragar.

1.7 Durante el tiempo que pasemos con el enfermo hablaremos con un tono de voz normal. Hay que tener mucho cuidado con los comentarios ya que, si el enfermo está inconsciente, tenemos que recordar que el sentido del oído es uno de los últimos que se pierde.

1.8 Mantener la habitación convenientemente iluminada, pues el sentido de la vista puede estar afectado y el enfermo puede tener miedo a la oscuridad. No obstante, algunos pacientes se sienten muy molestos con la luz. En estos casos es mejor preguntar y observar sus preferencias.

1.9 En la fase final del enfermo agonizante es conveniente posicionarlo en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones.

2. Las necesidades emocionales:

- Permanecer con el enfermo todo el tiempo que éste necesite.
- Adoptar una permanente actitud de escucha, pero nunca proporcionar falsas esperanzas.
- Mantenerse siempre sereno. Debemos ser comprensivos y, cuando no sepamos qué decir, es preferible mantenerse en silencio.
- Si el enfermo o sus familiares nos preguntan por el curso de la enfermedad, hemos de recordar que no entra dentro de nuestras funciones y se les debe derivar al médico.
- Mostrar interés en todo momento por el grado de bienestar del enfermo. Recuerda que el sentido del tacto es de los últimos en perderse, así que cuando nos dirijamos a él procuraremos tocarle o acariciarle la mano, sobre todo cuando está inconsciente.
- Cada vez que vayamos a realizar algún procedimiento debemos hablar con el paciente y explicárselo.

3. Las necesidades espirituales:

Se hará facilitando al enfermo, según sus creencias religiosas, el apoyo que corresponda.

Apoyo al cuidador principal:

La situación de la familia vive caracterizada por un gran impacto emocional condicionado por la presencia de múltiples “temores” o “miedos”. La muerte está siempre presente de forma poco explícita.

El TCAE se debe mostrar en todo momento, seguro, tranquilo, atento, dispuesto, comprensivo y accesible.

La familia del enfermo terminal ingresado presenta también necesidades físicas, emociones y sociales y debemos atenderla con comprensión y respeto.

- Siempre que esté permitido, debemos facilitar que la familia pueda permanecer todo el tiempo que quiera con el enfermo.
- Respetaremos el derecho de intimidad de la familia junto al enfermo. Por esto, si el enfermo estuviera en una habitación compartida, lo aislaremos con un biombo o cortina.
- Realizaremos nuestro trabajo, incluso delante de la familia, de forma tranquila, rápida y eficiente. Esto hará que la familia perciba que el enfermo está bien atendido.
- Informaremos sobre todos los servicios que le puedan ser útiles (cafetería, teléfonos, capilla, zonas de descanso, etc.).
- El familiar que se quede por las noches con el paciente debe ser atendido en el sentido de acondicionarle un lugar cómodo en la habitación, ofrecerle un refrigerio, interesarse por su estado cuando entremos en la habitación, etc.
- Si la familia pregunta por el estado del paciente, deberemos remitirla al médico.
- Si la familia nos pide algunos servicios que no podemos realizar, por ejemplo, firmar de testigo en el testamento, comunicaremos inmediatamente la solicitud a nuestro superior.

5 Discusión-Conclusión

El equipo sanitario debe transformarse en un equipo cuidador. El cuidado como medio, la calidad de vida y el confort como finalidad son los objetivos que debemos tener los cuidadores durante la fase final de la vida, tal y como promulgó el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE, el 5 de mayo de 1991, al definir los cuidados paliativos.

Ante el Paciente en situación terminal, la responsabilidad moral del cuidador, siempre compartida e inmersa en el equipo asistencial, es un claro ejemplo de la propia conciencia moral, donde las decisiones y actividades, nacen, no sólo de su profesionalidad, sino de lo más íntimo de sus convicciones.

Una formación actualizada y bien diseñada garantizaría profesionales cualificados en las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar unos adecuados cuidados paliativos. Además de mejorar el afrontarla, haciendo que se sientan más seguros y preparados.

Los profesionales de enfermería son imprescindibles para acompañar en los momentos que se dan al final de la vida y tienen que estar concienciados de la importancia de los cuidados paliativos. Además de proporcionar la información nece-

saría en relación a las opciones de atención paliativa y a los servicios paliativos que puedan abordar las preocupaciones del conjunto familiar, acompañando en los momentos de ansiedad que se producen al final de la vida, es esencial una formación actualizada y bien diseñada para garantizar profesionales cualificados en los conocimientos y habilidades necesarios para el desarrollo adecuado de los cuidados paliativos y una atención correcta al final de la vida, tanto del paciente como de su entorno.

6 Bibliografía

1. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid, 1993.
2. Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial integrado. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 20023.
3. M. A. Benitez del Rosario, A. Salinas Martín. Cuidados Paliativos y Atención Primaria, aspectos de Organización. Springer – Verlag Ibérica. Barcelona. 2000.
4. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 4ª. Pamplona: EUNSA; 2002.
5. Eulalia López Inmedio. Enfermería en cuidados paliativos. Panamericana. Madrid 1998.
6. Shirley E. Otto. Enfermería Oncológica. Harcourt – Brace Mosby. Madrid. 2002.
7. Martín Zurro A, Cano Pérez J. F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Doyma, 1994.
8. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2003. ISSN 1695-6141.
9. Mark L. Knapp. La comunicación no verbal, el cuerpo y el entorno. Ediciones Paidós, 5ª Edición.
10. Pérez Boza, Natalia; Mateo Ternero, Alba; Gómez Urquiza, José Luis; Martí García, Celia. Formación en Cuidados Paliativos en enfermería: Atención en el domicilio.

Capítulo 123

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: FUNCIONES QUE DEBE DESARROLLAR CUANDO ESTÁ ADSCRITO AL SERVICIO DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS Y DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

NOELIA GARCIA ARCONES

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según el artículo 78 del Estatuto de personal sanitario no facultativo de la seguridad social son funciones de los TCAE en los servicios de radio-electrología:

- Ayudar al personal auxiliar sanitario titulado en las atenciones a los pacientes.

- Ayudar en la preparación de los chasis radiológicos. Así como el relevado, clasificación y distribución de las radiografías y a la preparación de los aparatos de electromedicina.

- En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnica Sanitario.

Si leemos detenidamente estas funciones podemos observar fácilmente que están obsoletas ya que datan de 1973, por poner un ejemplo las pruebas radiológicas ya no se revelan por tanto no se tienen que clasificar ni distribuir de ahí la necesidad de especificar que funciones realizan los TCAE en este servicio, siempre teniendo en cuenta que en cada hospital se trabaja de una manera diferente y pueden variar.

Para hablar de las primeras pruebas radiológicas que se realizaron nos tenemos que ir a 1973, cuando Röntgen descubrió que los rayos X podían atravesar distintos tipos de materiales, pero no atravesaban el plomo y que si alrededor ponía un arco de plomo podía ver los huesos.

Podríamos decir que las pruebas radiológicas consisten en la emisión de rayos x sobre el paciente. Y estos rayos X al atravesar tejidos nos permiten obtener imágenes de huesos, órganos y tejidos.

En muchas ocasiones las pruebas radiológicas se completan con las pruebas de diagnóstico por imagen.

Las Pruebas de diagnóstico por imagen: ofrecen una imagen interior del organismo, ya sea de su totalidad o solo de una parte.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE dentro del servicio de radiología y diagnóstico por imagen.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: Auxiliar de enfermería, funciones del técnico en cuidados de enfermería (T.C.A.E.), funciones

del T.C.A.E. en el servicio de radiología, pruebas radiológicas, posición del paciente para la realización de pruebas radiológicas y pruebas de diagnóstico por imagen.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre las funciones del auxiliar de enfermería o T.C.A.E., funciones del T.C.A.E en el servicio de radiología, pruebas radiológicas, posición del paciente para la realización de pruebas radiológicas y pruebas de diagnóstico por imagen, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Dentro de las pruebas radiológicas nos encontramos dos grandes grupos:

- Radiología simple: se obtienen solo y exclusivamente con la emisión de Rayos X sobre el paciente.

Dentro de este grupo nos encontramos:

Radiología de cabeza: hay que poner al paciente tumbado sobre la camilla.

Radiología de senos paranasales, cara, nariz y mandíbula. Hay que poner al paciente sentado.

Radiología tórax: se coloca al paciente en bipedestación (de pie).

Mamografía: se coloca al paciente en bipedestación.

Radiografía de abdomen: colocar al paciente en decúbito supino (acostado boca arriba).

Radiografía de columna cervical: con el paciente sentado.

Radiografía de columna dorsal: con paciente tumbado.

Radiografía lumbosacra: con paciente tumbado.

Radiografía de extremidades superiores e inferiores: la colocación del paciente depende de justo que parte de la extremidad se quiere radiografiar y si esta es superior o inferior.

- Radiología con contraste: es la radiografía que se hace al paciente cuando previamente se ha tomado o se le ha inyectado bario o yodo.

Se utilizan para ver el funcionamiento de ciertos órganos como pueden ser el tubo digestivo, vesícula biliar, aparato urinario, sistema cardiorrespiratorio y aparato reproductor femenino.

Pruebas de diagnóstico por imagen:

Con estas pruebas se obtienen imágenes a partir de dispositivos como los ultrasonidos o modificadores electromagnéticos.

Dentro de este grupo encontramos:

- Radioscopia.

- TAC (Tomografía axial computarizada).
- PET (Tomografía por emisión de positrones).
- SPECT (Tomografía computarizada por emisión de fotones simples).
- Ecografía.
- RM (resonancia magnética).
- Gammagrafía.

Las funciones que realizamos los TCAE adscritos a este servicio se podrían resumir:

- Colaborar en la organización del flujo de los pacientes entre las salas de espera, las cabinas donde los pacientes se desvisten para ser radiografiados y se vuelven a vestir después de las pruebas y la sala de exploración.
- Preparar todo el material necesario para la realización de la prueba radiológica o de diagnóstico que se vaya a realizar al paciente. Incluso el aparataje.
- Ayudar a vestirse o desvestirse al paciente cuando este no pueda por sí solo.
- Pedir colaboración al paciente para que se coloque en la posición adecuada para poder realizarle la prueba, si este no puede ayudarlo lo que sea necesario para ponerse en la postura adecuada.
- Una vez terminada la prueba desinfección y limpieza de todo, dejándolo preparado para el siguiente paciente.
- Colaborar en todo lo que le sea solicitado por el personal sanitario de este servicio para el buen funcionamiento de este.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (T.C.A.E.) aunque no siendo considerados personal sanitario debemos conocer que son las pruebas radiológicas y de imagen, conocer los tipos más utilizados tanto de unas como de otras, conocer la posición que tiene que adoptar el paciente para poder realizarle las pruebas y ser consciente de nuestras funciones.

Por eso debemos estar en continua formación para no quedarnos obsoletos en conocimientos y encontrarnos que cuando el profesional sanitario nos hable de que a este paciente se le va hacer tal o cual prueba no sepamos de que nos está hablando lo que conllevaría que no sabríamos que material y aparataje será necesario para realizar la prueba y tampoco sabríamos colocar en la posición adecuada al paciente para su realización.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
3. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
4. <https://www.auxiliar.enfermeria.com>.
5. Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill.
6. <https://cuidateplus.marca.com>.
7. <https://www.foronuclear.org>.

Capítulo 124

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ESPIROMETRÍA

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

NOELIA GARCIA ARCONES

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En condiciones normales, podemos absorber unos 12.000 litros de aire diariamente. Cuando respiramos no solamente llevamos oxígeno a nuestros pulmones, además nos desprendemos el dióxido de carbono que tenemos en nuestro cuerpo y oxigenamos todas y cada una de las células de nuestro cuerpo. Todo ello nos permite restablecer nuestro equilibrio.

Dada la importancia que tiene para el paciente tener una buena capacidad de ventilación pulmonar hemos decidido en este capítulo dar a conocer el protocolo

de actuación para la realización de una espirometría, que aunque no es función específica de los técnicos en cuidados de enfermería debemos conocer porque una de nuestras funciones es ayudar siempre que nos requieran ayuda los técnicos sanitarios titulados, y para poder ayudar tenemos que conocer previamente.

Ya han pasado dos siglos desde que John Hutchinson inventó un equipo muy rudimentario, nada parecido al actual, para realizar la primera medida de la capacidad respiratoria de los pacientes. Es decir, desde que se realizó la primera espirometría conocida.

La espirometría es una prueba funcional que mide la funcionalidad respiratoria a través de la medición de la capacidad de ventilación pulmonar.

Para poder llevar a cabo una espirometría tenemos que contar con un espirómetro.

Espirómetro: instrumento que se utiliza para medir los volúmenes y las capacidades del pulmón. En la mayoría de los casos los espirómetros están formados por dos sistemas; uno de recogida de aire y un segundo de inscripción montado sobre un soporte.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el protocolo de actuación para realizar una espirometría.

Objetivos secundarios:

- Conocer los tipos de espirometría simple que existen.
- Poner de manifiesto la importancia que tiene para el TCAE el conocimiento del protocolo de actuación para realizar una espirometría.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones del técnico en cuidados de enfermería, espirometría, espirómetro, tipos de espirometría simple y protocolo de realización de una espirometría.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre las funciones del auxiliar de enfermería o TCAE espirometría. Espirómetro, tipos de espirometría

simple y protocolo de realización de una espirometría, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Existen dos tipos de espirometrías básicas:

-Espirometría simple: en esta se le pide al paciente que respire primero lentamente y con normalidad. Luego tendrá que coger y soltar todo el aire que pueda. Con este tipo de espirometría se mide el volumen de aire que entra y sale de los pulmones, como así mismo el volumen máximo que podría entrar y salir en los pulmones del paciente.

Espirometría forzada: En esta espirometría se pide al paciente que coja todo el aire que pueda y después lo suelte bruscamente hasta que no pueda expulsar más. Como este tipo de espirometría se mide el flujo, es decir, la cantidad de aire por segundo que puede expulsar el paciente.

Protocolo de actuación para la realización de la espirometría:

Preparar material (esta función si es específica del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería):

- Guantes desechables.
- Espirómetro.
- Espirografo (aparato que unido al espirómetro permite reflejar en papel el movimiento respiratorio del paciente).
- Tubos para el espirómetro.
- Boquillas para tubos.
- Desinfectante para limpieza.
- Papel y tinta para espirografo.
- Pinzas para nariz.

Una vez preparado todo el material quitarse los guantes, lavarse las manos y volverse a poner los guantes.

Explicar al paciente en qué consiste la prueba y pedir su colaboración.

Colocar al paciente una pinza en la nariz para que no pueda expulsar el aire a través de esta.

Colocar la boquilla del tubo del espirómetro en la boca del paciente.

Pedir al paciente que realice varias respiraciones normales y a continuación una inspiración profunda (cogida de aire) seguida de una espiración rápida mientras fuerza la expulsión del aire.

Una vez terminada la espirometría, recoger todo el material utilizado con ese paciente, desechar lo que no sea reutilizable como la boquilla en el contenedor

apropiado y proceder a la desinfección del espirómetro dejándolo preparado para la realización de otra espirometría al siguiente paciente (esta función también es específica de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería).

Quitarse los guantes.

Lavarse las manos.

Reflejar la realización de la prueba en Mambrino XXI. Para que esta pueda ser revisada por el especialista e informar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería aunque no somos considerados personal sanitario debemos conocer que es una espirometría, que es un espirómetro, que es un espirógrafo, que tipos de espirometrías simples existen y lo más importante conocer y saber aplicar el protocolo para llevar a cabo las espirometrías correctamente. Ya que dentro de nuestras funciones (estipuladas por el Estatuto de personal sanitario no facultativo de la seguridad social de 1973), están ayudar al personal sanitario titulado en todo aquello que nos pida colaboración.

A través de nuestros conocimientos y con la colaboración mutua de todo el equipo multiprofesional que trabajamos en el ámbito sanitario conseguimos en nuestro día a día ofrecer un servicio de alta calidad a nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.auxiliar.enfermeria.com>.
4. <https://www.riojasalud.es/servicios/>.
5. <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/espirometria-13115>.

Capítulo 125

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES PEDIÁTRICOS

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

1 Introducción

La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es una herramienta sanitaria de gran importancia, con efecto directo en la eficacia de las diversas intervenciones, en sentido positivo y negativo. En la actualidad, la causa más importante de insatisfacción en el paciente hospitalizado es la falta de comunicación con el personal del hospital.

A pesar de la importancia de los aspectos relacionados con la comunicación en los cuidados sanitarios, en muchas ocasiones los programas formativos de las diferentes profesiones relacionadas con este ámbito no incluyen la adquisición de conocimientos sobre habilidades y técnicas de comunicación con los pacientes.

Afortunadamente, en los últimos años hemos asistido al inicio de un cambio en el modelo de enseñanza, que comienza a tener en cuenta estos aspectos en el modelo de profesional competente.

Los niños y sus familias tienen unas características particulares que implican un abordaje sustancialmente diferente con respecto a los adultos. En la asistencia pediátrica, existen dos receptores de la comunicación: el propio paciente (lactante, niño o adolescente) y su familia, con las particularidades propias de cada etapa de la infancia, la relación padres-hijos y las características propias de cada núcleo familiar. Estos aspectos deben ser valorados para tratar de establecer una comunicación eficaz en cada paciente, lo más adaptada posible a los factores anteriormente mencionados.

2 Objetivos

Actualizar conocimientos sobre habilidades de comunicación con el paciente pediátrico en el entorno sanitario, aplicable a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, mediante el acceso a libros y a las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han valorado preferentemente (aunque no de forma exclusiva) los trabajos realizados en lengua castellana.

4 Resultados

La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es un proceso complejo, y tiene importancia en el resultado de todas las intervenciones realizadas; hay estudios que demuestran que una comunicación efectiva genera mayor satisfacción en el paciente, mejora su estado de ánimo, mejora los resultados finales y disminuye el número de reclamaciones y quejas. En definitiva, hay que asumir el hecho de que las relaciones interpersonales constituyen un elemento más dentro del plan de cuidados del paciente, es decir, tienen influencia en la salud de los pacientes.

El TCAE, como miembro del equipo de cuidadores, y dada su proximidad al paciente a lo largo de su jornada laboral, debe ser consciente del alcance de las medidas que pueden facilitar dicha comunicación. Estas habilidades no son innatas, exigen tiempo, dedicación, esfuerzo y una formación previa, no basta con la experiencia acumulada; en este sentido, los programas formativos de las profesiones sanitarias van incorporando el estudio y desarrollo de las habilidades de comunicación al currículum básico, además los conocimientos científicos y técnicos.

En todo proceso de comunicación existe un emisor de la información, un canal por el que se transmite la misma (visual, vocal gestual, postural) y un receptor, que interpreta esa información. Entre emisor y receptor pueden existir interferencias de varios tipos (emocional, social, idiomática, etc.), que deben ser identificados. Es importante el cuidado de la comunicación no verbal (actitud, expresiones faciales, tono de voz, postura corporal), ya que influye de manera significativa en la actitud del niño y de la familia hacia el profesional.

A la hora de comunicarse con el niño, el TCAE debe dirigirse al niño de forma profesional, pero también humana, sin infantilismos, identificándose previamente al inicio de la conversación. Si hay que realizar algún tipo de intervención en el paciente, debe explicarse de forma sencilla, sin tecnicismos. Se debe fomentar la sensación de seguridad del niño, ya que en muchas ocasiones, no entiende la razón de su hospitalización, y reacciona con llanto, irritabilidad, rechazo de la alimentación, etc. ante un entorno que considera hostil y agresivo.

5 Discusión-Conclusión

La mejoría de las relaciones interpersonales entre los TCAE y los pacientes suponen un aumento de la calidad de los cuidados sanitarios. Es necesaria una formación básica en habilidades de comunicación y, en el caso de los pacientes pediátricos, considerar el núcleo niño-familia como destinatarios de dicha comunicación. Resulta de vital importancia tener en cuenta también la atención a la familia: es necesaria una actitud receptiva y empática, y comprender la situación en la que se encuentran, ante un evento inesperado (la enfermedad de su hijo) y en muchas ocasiones potencialmente grave. Hay que reconocer a los padres como responsables de la crianza de sus hijos, e implicarlos en los cuidados en la medida de lo posible, sin juzgar a las familias (prestar mucha atención al lenguaje no verbal).

6 Bibliografía

1. Técnicas de comunicación para profesionales de Enfermería. <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacionen-Enfermeria.pdf>.
2. V Caneda Quiroga, J González Suárez, G Piñas Costales. Comunicación y habilidades sociales en el sector sanitario. <https://revistamedica.com/comunicacionhabilidades-sociales-sector-sanitario/>.
3. Vázquez Fernández ME, Núñez Jiménez C. Trabajando las habilidades de comunicación con las familias. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;(25):99-104.

Capítulo 126

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIONES EN EL SONDAJE VESICAL

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva, consistente en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través de la uretra, para así establecer un canal de evacuación exterior de forma temporal, permanente o intermitente, dependiendo de la finalidad. Se realiza con fines diagnósticos y terapéuticos como pueden ser:

- Retenciones de orina por obstrucción.
- Después de intervenciones quirúrgicas para permitir la cicatrización y disminuir la presión pélvica y abdominal.
- Para control de diuresis.
- Para mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes.
- Para introducir medicación.

Existen diferentes tipos de sondas:

1. Según su composición:

- Látex: utilizadas habitualmente para el vaciado vesical postoperatorio u hospitalario, suelen ser sondajes con una duración inferior a 15 días.
- Silicona: Están indicados para sondajes de duración superior a 15 días, en cateterismos intermitentes y para la medición de residuos.

2. Según su calibre:

- La sonda debe seleccionarse según el sexo, la edad y características del usuario.(p. ej., una sonda de adultos no es válida para niños).

3. Según sus indicaciones:

- Sonda de Foley: es recta, con dos o tres vías de lavados, las de dos vías son usadas para los vaciados vesicales y sondajes permanentes, y las de tres vías se utilizan en caso de hematuria.
 - Sonda de Nelaton: es recta y semirrígida, tiene una sola vía, es la habitual para el vaciado de vejiga y la recogida de muestras.
 - Sonda de Tiemann: es curva, con la punta con forma de olivada y puntiaguda. Se usa en pacientes con problemas de próstata o con dificultad de vaciado.
 - Sonda de Couvelaire: tiene la punta biselada, se utiliza en pacientes con hematuria o para mantener un circuito de lavado.
 - Sonda de Mercier: tiene punta en forma de palo de golf y sus orificios son más mayores, se usa en la resección del adenoma de próstata.
 - Sonda de Dufour: tiene la punta en forma de pico y perforada en el codo. Utilizada para lavados vesicales con coágulos.
 - Sonda de Folsyl: tiene la punta abierta al completo para poder introducir un canal de referencia, se usa en los postoperatorios de prostatectomías radicales.
- El tipo de sonda es pautado por el equipo médico, pero es necesario que todo el equipo que vaya a intervenir en el sondaje, conozca sus características.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar en qué consiste un sondaje.

Objetivos secundarios:

- Enumerar los diferentes tipos de sondas.
- Explicar la técnica de retirada y gestión de residuos.

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 un sondaje, es necesaria la participación de un equipo multidisciplinar interviniendo tanto Diplomados Universitarios en Enfermería (DUES) como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES).

El material necesario para realizar un sondaje consiste en:

- Mesa auxiliar.
- Batea.
- Empapadores.
- Guantes desechables y guantes estériles.
- Agua, jabón y gasas estériles.
- Solución de Clorhexidina al 0,02 %.
- Paño estéril.
- Lubricante hidrosoluble urológico.
- Jeringa.
- Solución de agua destilada estéril.
- Sonda vesical según necesidad de patología del paciente.
- Bolsa estéril de circuito cerrado.
- Colgador de bolsa de orina.

El material estará preparado antes de comenzar el sondaje.

Procedimiento.

Se informará al paciente del proceso, buscando, si es posible, su colaboración en el mismo. Se preservará su derecho a la intimidad mediante la colocación de biombos, cortinas, etc.

Se le colocará en posición de Decúbito Supino, con la cama en posición horizontal. Procederemos al lavado de manos y la colocación de guantes desechables.

Se lavarán los genitales del paciente con una solución aséptica, específica para la zona urogenital.

En el caso de los varones, el lavado del glande se efectuará retirando el prepucio, secando con una gasa estéril.

- Las personas que vayan a participar activamente en el sondaje, se realizarán un lavado de manos y se colocarán los guantes estériles.
 - Preparación del campo estéril y de material necesario.
 - Se conectará el catéter al colector, siempre asépticamente.
 - Se sujetará el pene con una gasa, colocándolo en posición vertical y retrayéndole el prepucio.
 - Se lubricará el catéter y la uretra abundantemente.
 - Ejerciendo una pequeña fuerza, se introducirá el catéter suavemente hasta que salga orina, nunca se forzará la entrada.
 - Después de introducir el catéter, se inflará el globo con agua destilada esterilizada y se traccionará suavemente hasta notar resistencia para así asegurar su anclaje.
 - Se lavará el glande y pondremos el prepucio en su posición.
- Se enganchará la bolsa colectora en su soporte.
- Finalmente se retirará el material, nos quitaremos los guantes y lavaremos las manos.

El procedimiento del sondaje femenino es el mismo exceptuando en el lavado y preparación de la parte genital.

En las mujeres: se separarán los labios vaginales lavando de arriba hacia abajo (del clítoris a la zona perianal).

5 Discusión-Conclusión

En el sondaje vesical el TCAE ayudará al profesional que realiza la técnica estéril, durante todo el procedimiento así como en lo que precise.

Tenemos que tener en cuenta, que un paciente con sonda vesical, necesita unos cuidados específicos para evitar posibles infecciones. Regularmente vaciaremos la bolsa de orina, registrando su volumen si así está pautado. Comprobaremos que la bolsa esté por debajo de la vejiga y colocada en su colgador, para evitar traumatismos, y asegurar una correcta evacuación. También habrá que vigilar que el flujo urinario sea fluido y constante.

La higiene de la zona se realizará con agua y jabón, teniendo cuidado de no dar tirones a la sonda.

Se registrará en la historia del paciente la fecha del sondaje y se le cambiará o retirará cuando se estime necesario.

6 Bibliografía

1. Muñoz Mendoza CL, Sanjuán Quiles Á, Cabañero Martínez MJ. Sondaje vesical. En: Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Elsevier; 2014. p. 630–2.
2. Hgucr.es. [citado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/protocolo-sondaje-vesical1.pdf>.

Capítulo 127

EL TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ GIL

RAQUEL GARCIA SEMOLINO

JOSEFA BONILLA ROMERO

GEMA DONAIRE RODRIGUEZ

YOLANDA PAVÓN GOMEZ

1 Introducción

El servicio de Rehabilitación Hospitalaria es la unidad donde se aplica la especialidad médica de Medicina Física y Rehabilitación. La Rehabilitación es una especialidad médica que aborda la discapacidad causada por diferentes patologías médicas o quirúrgicas, ya sean leves, agudas, graves o crónicas.

La Unidad de Rehabilitación ofrece un tratamiento individualizado médico e integral para pacientes que se recuperan de enfermedades graves, cirugías, traumas y otras lesiones.

- Consulta Médica, es individualizada, se realiza una valoración funcional diagnóstica y se pauta un plan de tratamiento.
- Área de fisioterapia, esta área tiene aplica diversos tratamientos según el tipo de patología, como pueden ser la:

- Cinesiterapia.
- Mecanoterapia.
- Tracciones vertebrales.
- Neurorehabilitación.
- Vendajes funcionales.
- Galvanoterapia y iontoterapia.
- Electroterapia de alta, baja y media frecuencia.
- Ultrasonoterapia.
- Magnetoterapia.
- Termoterapia superficial.
- Crioterapia.
- Hidroterapia.
- Hidroelectroterapia.
- Fisioterapia Respiratoria.
- Fototerapia (Láser).
- Área de Terapia Ocupacional, aquí se realizan actividades para la recuperación funcional de procesos Neurológicos y del aparato locomotor, se realizan entrenamientos recuperar la funcionalidad en la vida diaria y en la profesional. El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, también conocido como TCAE, desarrolla sus múltiples funciones en las distintas áreas y ámbitos sanitarios, desde atención primaria, consultas externas, especialidades, etc. Entre ellas, cabe destacar la unidad de rehabilitación de los centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Exponer las áreas y características de la Unidad de Rehabilitación hospitalaria.
- Explicar las funciones del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE) en rehabilitación.

3 Metodología

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

4 Resultados

La Unidad de Rehabilitación está formada por profesionales sanitarios especializados. Los miembros del equipo colaboran unos con otros intercambiando información sobre el tratamiento y los avances del paciente. Normalmente se reúnen semanalmente para hablar de los pacientes y sus avances en los tratamientos.

Entre sus miembros se cuentan:

- Médico especialista en rehabilitación, neurólogo o traumatólogo, es la persona que está a cargo del tratamiento en general y dirige el programa de rehabilitación del paciente, recetando medicamentos, evaluando destrezas tanto físicas como mentales y pautando la terapia adecuada.
 - Enfermera, colabora estrechamente con el facultativo para controlar los problemas médicos y prevenir posibles complicaciones.
 - Psicólogo o neuropsicólogo: evalúa y trata las cuestiones de actividad mental, memoria, estado de ánimo y comportamiento de determinados pacientes.
 - Fisioterapeuta, ayuda a mejorar a los pacientes en todo lo relativo al funcionamiento físico y la movilidad. Los tratamientos de fisioterapia tienen como finalidad lograr en el paciente el mayor grado posible de independencia y seguridad, utilizando ejercicios terapéuticos para restaurar el funcionamiento normal de los músculos, nervios y articulaciones, fortaleciendo los músculos y mejorando la resistencia física.
 - Terapeuta ocupacional, actúa sobre todo en pacientes neurológicos, enseñándoles a realizar actividades cotidianas para fomentar la independencia, por ejemplo a comer, vestirse, asearse, y otras más complejas como el equilibrio, andar, etc.
 - Terapeuta del habla y el lenguaje, es el encargado para tratar las patologías relacionadas con el habla, la deglución y la comunicación, enseñándoles técnicas de habla, concentración y proporcionándoles un aparato de comunicación si se requiere como en el caso de las traqueostomías.
 - Trabajador social, es la persona indicada para aconsejar recursos necesarios y su planificación cuando el paciente recibe el alta.
 - Nutricionista o dietista, evalúa el estado nutricional del paciente, realizando recomendaciones sobre una adecuada alimentación y nutrición, ya que a menudo los pacientes tienen bajo peso y han perdido masa muscular.
- El TCAE, ayuda y colabora con los demás miembros del equipo en todo lo necesario en la atención a los pacientes en sus diversas necesidades.
- Entre otras las funciones del TCAE en la Unidad de Rehabilitación son:
- Recoger y colocar el material de lencería.

- Recibir y colocar el pedido de farmacia, colocándolo en sus lugares adecuados.
- Mantener y colaborar en la conservación de los diferentes instrumentos y aparatos.
- Realizar la limpieza y ordenación del material.
- Realizar los trámites administrativos encaminados a la asistencia directa o indirecta del paciente, registros de fichas, peticiones de ambulancias, recogida y emisión de volantes.
- Participar en las reuniones de planteamientos de tratamientos de la unidad.
- Realizar el aseo y limpieza de los pacientes que lo necesiten ayudándolos a vestirse y desvestirse si es necesario.
- Realizar el control de posturas estáticas de los enfermos con supervisión del fisioterapeuta.
- Recepcionar los volantes y documentos para la posterior asistencia de los enfermos.
- Ayudar a los pacientes a trasladarse de un lugar a otro.

5 Discusión-Conclusión

La rehabilitación es primordial para ayudar al paciente a desarrollar las habilidades necesarias para su vida cotidiana de la forma más independiente posible para la recuperación recuperan de una enfermedad o lesión que limite sus capacidades funcionales.

Es un servicio multidisciplinar, en el que además de los médicos en Medicina Física y Rehabilitación, intervienen otros profesionales sanitarios, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, animadores/as socioculturales, enfermeros/as trabajadores/as sociales y técnicos/as Auxiliares en Cuidados de Enfermería.

La finalidad de la Unidad de Rehabilitación hospitalaria es el tratamiento de las enfermedades de origen reumático, neurológico (central o periférico), traumatológico u ortopédico, etc.

6 Bibliografía

1. Rehabilitación [Internet]. Gwhospital.com. 2015 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://es.gwhospital.com/conditions-services/rehabilitation-services>.
2. Almudena. Funciones del TCAE en la unidad de rehabilitación. [Internet]. Aprendebytuauonline.es. 2017 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible

en: <http://www.aprendebytuaulaonline.es/funciones-del-tcaela-unidad-rehabilitacion/>.

Capítulo 128

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS CUIDADOS DE RECIÉN NACIDO

PAULA PARDO GOMEZ

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

NATALIA MAZA PUJALTE

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en adelante TCAE, es una figura primordial dentro del equipo multidisciplinar en los primeros cuidados del recién nacido. Podemos encontrar TCAE desempeñando su trabajo tanto en paritorio, como en la unidad de hospitalización del recién nacido sano así como en cuidados intensivos neonatales.

Ya en la sala de paritorios, son varias las labores que debe desempeñar, como por ejemplo, la preparación y comprobación de equipos y material así como la medicación que recibirá el niño cuando nazca. Por otro lado, será la persona encargada de recoger, asear y vestir al recién nacido. Así mismo ayudará en todas aquellas tareas que le sean encomendadas.

Una vez que el recién nacido esté con su madre en la unidad de hospitalización, colaborará con enfermería en la instrucción acerca de lactancia materna y participará en la realización de las pruebas rutinarias.

Si el recién nacido precisa cuidados más especializados debido a su estado, este se encontrará en una unidad de cuidados intensivos, donde el TCAE colaborará igualmente en la realización de las pruebas pertinentes así como en la vigilancia exhaustiva requerida.

Por tanto, el TCAE debe estar perfectamente formado y capacitado para todas las labores a desempeñar dentro del cuidado del recién nacido, debiendo controlar todas las técnicas que puedan ser requeridas en caso de emergencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las funciones del TCAE ante los cuidados del recién nacido.

Objetivos secundarios:

- Determinar los lugares de trabajo del TCAE dentro de la atención al recién nacido.
- Conocer las técnicas en las que el TCAE está implicado en el proceso de nacimiento y cuidados posteriores al mismo.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda exhaustiva se han consultado las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo, Medes y Cochrane, además del motor de búsqueda de Google Académico.

Para la selección de artículos, se utilizaron descriptores DeCS y MeSH además de las palabras clave en castellano “Recién Nacido” y “Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería” y en inglés: “Newborn” y “Nursing Assistant”.

4 Resultados

El TCAE participa en todo el proceso de atención al recién nacido, desde el alumbramiento, así como durante todo el tiempo que permanezca hospitalizado, al igual que dando instrucciones a seguir durante sus primeros días de vida cuando ya se encuentre en el domicilio.

Son varias las labores que el TCAE debe desempeñar en la sala de paritorios:

- Preparación y comprobación de los equipos y del material de la mesa de partos.
- Preparación del campo estéril con todo el material que se vaya a precisar, así como de la mesa del recién nacido (pañó estéril con gasa, pinza curva y la pinza para el cordón umbilical).
- Preparación de toda la medicación pueda precisar, así como la profilaxis anti-tibiótica oftálmica.
- Preparación de la mesa de reanimación.
- Tendrá preparada la cuna, debidamente higienizada, que recibirá al neonato.
- Tendrá preparada la incubadora en el caso de que fuese necesaria su utilización.
- Recogerá, pesará y vestirá al recién nacido.
- Recogerá las huellas digital y plantar y colocará la pulsera identificativa en el tobillo del neonato.
- Igualmente participará en todas aquellas labores en las que sea necesario que puedan surgir.
- Al finalizar el parto, recogerá todo el material, lo limpiará y enviará a esterilización; recogerá la ropa sucia y repondrá todo el material necesario.

En el caso de un recién nacido sano, después del nacimiento y de realizadas la evaluación inicial y las primeras atenciones en y sin que se le separe de su madre, 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.

Si el neonato presenta cualquier anomalía que precise cuidados especiales, se llevará a la unidad de cuidados intensivos neonatales, previa correcta identificación y demás trámites necesarios.

Una vez instalados madre e hijo en la habitación correspondiente, se brindarán todos los cuidados necesarios para el confort de estos.

Es de suma importancia que tanto el bebé como la madre se encuentren bien hidratados, por lo que prestará atención a la dieta de la madre e instruirá y orientará a la misma en el inicio de la lactancia materna: posición correcta al pecho, colocación del pezón para que no surjan grietas posteriores, etc. Si por decisión de la madre o por otras circunstancias que impidan la lactancia materna, el bebé se alimenta de forma artificial, se proporcionarán los biberones necesarios para la alimentación de este, prestando atención a la temperatura de la leche.

A través de las labores desempeñadas, se procurará que tanto la madre como el niño se encuentren en las mejores condiciones. La temperatura de la habitación donde se encuentren debe estar entre los 22 y los 25 °C.

El aseo del bebé al llegar a la unidad se realizará con una temperatura ade-

cuada del agua, no realizando baño de inmersión y protegiendo el vérnix caseoso, que se irá reabsorbiendo en los días posteriores.

Con respecto a los cuidados del cordón umbilical, se desinfectará con una gasa estéril impregnada en clorhexidina y se enrollará en el mismo con la máxima asepsia posible, cambiándolo diariamente.

Atendiendo al patrón de sueño del recién nacido, es recomendable que este duerma en posición de decúbito supino para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante. Del mismo modo se debe procurar evitar el exceso de luz, así como la contaminación acústica, para favorecer un ambiente relajado, que permita dormir al neonato sin interferencia alguna.

Debe, así mismo, informar al enfermero/a de cualquier incidencia que pueda surgir y anotar todos aquellos aspectos que puedan resultar relevantes.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE participa activamente en la llegada al mundo del recién nacido ya desde su estancia en paritorio, así como en las diferentes estancias hospitalarias en las que se encuentra posteriormente.

Forma parte de un equipo multidisciplinar y es el encargado de realizar los cuidados de enfermería en coordinación con este último, a quien servirá de apoyo, por lo que debe estar perfectamente capacitado para realizar sus funciones.

El objetivo es el bienestar tanto del niño como de la madre, prestando atención a todas sus necesidades básicas y a las que puedan surgir en el transcurso de su estancia. Dará apoyo e información adecuada a la madre a lo largo de todo el proceso, creando un ambiente cordial que le brinde seguridad.

Así mismo, comunicará cualquier incidencia detectada al resto del equipo.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/.
2. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad; 2014 [Último acceso 23/03/2022] pág. 24. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf.
3. Aguarón Benítez, G.; Mecanismos de adaptación del feto a la vida en el nacimiento. Exploración y reanimación del recién nacido; 2011. [Último acceso

- 16/04/2022] págs. 1 a 6. Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111005_1.pdf.
4. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Manual de incorporación al nuevo trabajador en paritorio; 2015. [Último acceso 27/02/2022] pág. 8. Disponible en: http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/2015_MANUAL-ACOGIDA-AL-TRABAJADOR-EN-PARITORIO.pdf.
5. Servicio de Salud del Principado de Asturias; Actividad de la Auxiliar de Enfermería en Partos; 2010. [Último acceso 02/03/2022] pág. 2. Disponible en: <https://docplayer.es/5434781-Actividad-de-la-auxiliar-de-enfermeria-en-partos.html>.
6. Pereyra, C.; Méndez, V.; Saavedra, A.; Conocimiento que posee el personal de enfermería en el manejo del recién nacido prematuro; 2013[Último acceso 04/02/2022] pág. 36. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6481/pereyra-cristina.pdf.
7. Bustos Lozano, G.; Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad; Hospital 12 de Octubre; 2007 [Último acceso 07/03/2022] pág. 59. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>.

Capítulo 129

LA HIDATRACIÓN EN EL ANCIANO INSTITUTIONALIZADO

VANESA PUENTE FERNANDEZ

1 Introducción

La mayor parte de nuestro organismo es agua, sin embargo no existe un mecanismo eficiente de almacenamiento hídrico corporal, con lo que debemos realizar un aporte constante de líquidos para mantener los niveles estables. El total de agua corporal es regulado para que las pérdidas que se producen sean compensadas.

Uno de los principales problemas que pueden surgir relacionados directamente con el agua en nuestro organismo es el de la deshidratación. Entre otros factores, porque en muchos casos, el agua ingerida está por debajo de lo deseable. Son múltiples los factores que inciden sobre nuestras necesidades de ingesta de líquidos. Los factores más trascendentes son la edad, el estado fisiológico, el nivel de actividad física y las condiciones climáticas.

Con la edad, el mecanismo de la sed se va deteriorando con lo que las personas mayores pueden no llegar a sentir sed cuando han alcanzado ya un grado de deshidratación importante. Es preciso, por tanto, un consumo regular de líquidos, incluso sin tener sed.

En las residencias se debe disponer de un control individualizado de la ingesta líquida, así como de un protocolo de actuación para tener controlada la hidratación de cada residente. La deshidratación es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en las personas mayores.

El proceso de envejecimiento se asocia con diversos cambios fisiológicos que pueden afectar la capacidad de mantener el balance hídrico.

2 Objetivos

- Reconocer las principales características de la deshidratación en las personas mayores.
- Analizar las aplicaciones y estrategias para mantener una buena hidratación en las personas mayores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros, así como de las principales bases de datos de artículos sanitarios, a saber: Scholar Google, Medline, Dialnet, Pubmed y Scielo. Las palabras claves empleadas fueron: hidratación, deshidratación en el anciano, agua, volumen hídrico. Operadores booleanos: and y or. Se han tenido en cuenta criterios de exclusión como, por ejemplo, literaturas en idiomas diferentes al español o inglés o textos no disponibles de forma gratuita.

4 Resultados

El éxito a la hora de mantener la hidratación requiere una atención continuada alrededor de los residentes y su comportamiento diario.

Los residentes deben disponer en las instalaciones de una amplia variedad de bebidas en todo momento. El conocimiento de las preferencias de cada individuo debe guiar al personal cuidador en la selección de bebidas ofrecidas. Esto incluye zumos en el desayuno, leche con cereales, café o té con las comidas, refrescos y agua a lo largo de todo el día para refrescar y, quizás, vino o cerveza por la noche. Para los que sean capaces de caminar una fuente refrigerada de agua es una buena manera de refrescarse. Los que estén en cama deben disponer de jarras con agua fría.

Las tarjetas de los residentes deberían incluir información regular señalando la cantidad de líquidos y alimentos consumidos. Si los cuidadores de la residencia observan una disminución en la ingesta o en alguna función del paciente, se deberá emprender una evaluación del grado de hidratación de manera inmediata. Los residentes con problemas médicos o emocionales relacionados con la deshidratación requerirán una monitorización más intensa en cuanto a la ingesta líquida y su producción de orina. Si los residentes pueden ingerir líquidos debe

ser incentivado el consumo de agua, zumos diluidos, refrescos, bebidas con electrolitos, sopas e infusiones.

Debe llevarse un control de la ingesta de líquidos del residente hasta que esté estable.

Se pueden utilizar, no obstante, los mismos signos para detectar la deshidratación que para apreciar la recuperación, incremento de la presión sanguínea, formación de orina, natriuria, etc. Observar el regreso a los niveles anteriores de rendimiento mental y asumir las funciones diarias habituales es el mejor indicador de éxito.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona mayor ingresa en una residencia se le debe hacer una evaluación de los riesgos de deshidratación. La prueba de disfagia aporta datos sobre la seguridad y eficacia de la deglución del paciente. A partir de los resultados obtenidos se procede a llevar un control de la hidratación.

Dado que las manifestaciones físicas de deshidratación son poco específicas y a menudo quedan ocultas por el proceso de envejecimiento o enfermedad, no es sorprendente que el diagnóstico a menudo se pase por alto.

Síntomas como boca seca, fatiga, debilidad, agitación, pérdida de apetito, náuseas y vómitos son detectados habitualmente. Sin embargo, signos como piel seca, pálida y poco turgente pueden ser consecuencia simplemente de la edad.

Un método utilizado es la detección de un descenso en la presión sanguínea y un aumento en el pulso, relacionados con un descenso volémico.

A parte de algunos signos físicos, el indicador más valioso para detectar la deshidratación es la disminución del volumen urinario.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 130

SOPORTE NUTRICIONAL: NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTE CON ICTUS, EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). CASO CLÍNICO

PAULA PARDO GOMEZ

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

NATALIA MAZA PUJALTE

1 Introducción

La obstrucción de una arteria cerebral, bien sea por un coágulo que se produce dentro del propio vaso sanguíneo o por un coágulo que se produce en otro lugar y se desplaza hasta el cerebro, produce un cuadro clínico que llamamos ictus isquémico.

La interrupción del flujo de sangre al cerebro produce rápidamente alteraciones en la función de sus células, y se manifiesta, según la zona dañada, por síntomas como parálisis o dificultad para mover una parte del cuerpo, alteraciones del

lenguaje, incapacidad para mantenerse de pie o caminar o pérdida brusca de memoria entre otros muchos.

Las células cerebrales que se ven privadas de los nutrientes que le aporta la sangre, acaban degenerando y muriendo en poco tiempo, por lo que los daños pueden llegar a ser desgraciadamente permanentes.

La disfagia es un problema frecuente después de un ictus. Según estudios realizados puede afirmarse que ocurre en más del 20 % de los ictus, y persiste en más del 50 % de ellos, la misma condiciona el estado nutricional y favorece la broncoaspiración y la neumonía por aspiración.

Sin embargo, la disfagia es una patología tratable y la rehabilitación de la función deglutoria permite mejorar el estado nutricional de los pacientes.

El conocimiento de los signos y síntomas de la disfagia es relevante para una detección precoz. Las alteraciones que se producen en alguna de las fases del proceso deglutorio pueden tener consecuencias en la eficacia y la seguridad de la deglución. Algunos de los síntomas que más presencian evidencia como los atragantamientos, tos durante la comida o después, drenaje por narinas o infecciones respiratorias de repetición, son signos de alteración en la seguridad de la deglución.

Los equipos sanitarios deben estar sensibilizados ante este problema, tanto para su diagnóstico como para instaurar medidas de intervención nutricional. Desde una primera etapa se debe valorar durante el ingreso la posible disfagia del paciente, con pruebas relativamente sencillas de realizar como son la detección del reflejo nauseoso, la evaluación de la sensibilidad faríngea, la observación de los movimientos deglutorios y la aparición de síntomas y signos de atragantamiento o aspiración después de la deglución.

2 Objetivos

Describir las funciones del TCAE en la asistencia al paciente con problemas de alimentación mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

L.M.S, varón de 74 años que ingresó hace 15 días cargo de Neurología tras haber sufrido un ictus isquémico con hemiparesia izquierda.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas (AMC).
- Niega hábitos tóxicos. A veces toma un vaso de vino en la comida.

- Anticoagulado con Sintrom.
- Hipertensión arterial (HTA), no diabetes mellitus (DM).
- Independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Vive con su mujer, de 72 años, que también es independiente para todas las ABVD.

Pruebas complementarias:

- Prueba de deglución-volumen-viscosidad (PDVV) o test de disfagia, que indica disfagia severa.
- Colocación de sonda nasogástrica (SNG), realización de placa de tórax de control.
- Valoración por digestivo, que autoriza la colocación de sonda PEG.
- Se informa a paciente. Firma el consentimiento informado.
- Se realiza analítica de sangre, placa de tórax y electrocardiograma (ECG) para el preoperatorio.
- Se cursan pruebas cruzadas.

Diagnóstico:

Disfagia en paciente con ictus.

Juicio clínico:

Colocación de PEG en paciente con disfagia por ictus.

Evolución:

A pesar de que el paciente se está recuperando bien tras haber sufrido un accidente ACV, parece que la grave disfagia que presenta se prolongará en el tiempo, ya que los resultados de los test realizados no son satisfactorios.

Tras haber tolerado bien la nutrición enteral a través de una SNG y dado que se trata de un paciente independiente, que ha tenido una calidad de vida excelente hasta ese momento, se decide la colocación de una PEG, habiendo explicado previamente al paciente todos los beneficios-riesgos.

Puesto que el paciente está de acuerdo, firma el consentimiento informado aceptando el procedimiento, el cual se realizará de forma ambulatoria bajo sedación. La intervención es exitosa, y el paciente comienza a alimentarse a través de la PEG. Refiere que se trata de un sistema mucho más cómodo.

Ser portador de PEG conlleva una serie de cuidados que van desde el cuidado de la piel de alrededor de la sonda hasta el cuidado y limpieza de la propia sonda.

4 Discusión-Conclusión

Un accidente cerebrovascular (ACV) es algo inesperado que afecta a muchas de las funciones del organismo y, en este sentido, es evidente que alimentarse es algo necesario para vivir.

Gracias a los nuevos avances podemos conseguir que un paciente con disfagia grave pueda alimentarse, y cuando el problema se prolongue en el tiempo, un instrumento de ayuda será la PEG.

En esta línea, el papel de TCAE es fundamental para atender las necesidades de alimentación del paciente. Por una parte, colabora en la preparación del material para la colocación de la SNG, ayudando a Enfermería. Vigila el buen estado y funcionamiento de la misma y proporciona información y ayuda al paciente para la alimentación, o lo hace ella misma si este no es independiente.

Lo mismo ocurre con la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), prestando atención además a la posible aparición de signos de infección y limpieza de la sonda.

La alimentación a través de este tipo de dispositivos puede ser de forma continua, a través de una bomba, respetando el tiempo de descanso y comprobando los residuos gástricos, que en caso de que hubiese lo comunicaría a Enfermería; o, de otro modo puede realizarse de forma puntual, asemejándose a los horarios de una dieta normal.

Por lo tanto podemos concluir que el TCAE desarrolla un papel fundamental en la atención de este tipo de pacientes.

5 Bibliografía

1. Bretón, I, Cuerda, C, Cambor, M, Velasco, C, Frías, L, Higuera, I, Carrasco, ML, García-Peris, P. Nutrición en el paciente con ictus. *Nutrición Hospitalaria* [Internet] 2013 [consultado 7 de abril de 2022]; 6(1):39-48. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309228933005>.
2. T. Fernández, P. Neira y C. Enríquez. Nutrición enteral por yeyunostomía a largo plazo. *Nutr Hosp*. 2008;23(1):75-76.

Capítulo 131

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ICTUS

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

PAULA PARDO GOMEZ

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

NATALIA MAZA PUJALTE

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 el ictus y los factores de riesgo.
- Mostrar y actualizar los conocimientos sobre las tareas del TCAE en la unidad de ictus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas.

4 Resultados

El ictus, o accidente cerebro vascular, 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 cardíaca.
- La anemia falciforme, que es una anomalía en la sangre.
- Hiperlipidemia, que es una alteración metabólica.
- La estenosis carotídea, 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, los neurólogos 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, dos 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.

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, etc.).

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, etc.).

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, el roce de las sábanas pueden llegar a producir heridas o úlceras en la piel.

5. Incontinencia urinaria. Tras padecer un ictus es muy frecuente que exista incontinencia urinaria y/o fecal, habitualmente transitorios; aunque pueden persistir cuando existe una lesión cerebral más severa.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir 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.
5. El papel de Enfermería dentro del equipo multidisciplinar es imprescindible en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (prevención primaria y secundaria), así como en el manejo del paciente con ictus isquémico en la fase aguda. Es necesaria la formación específica de los profesionales de Enfermería para el manejo correcto del paciente en las Unidades de Ictus y la valoración integral, individualizada y objetiva del mismo para planificar una serie de cuidados que mejoren su calidad de vida y la de su familia.

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/emibold/aula2002/tema9/vgeriatricaa2.php>.

Capítulo 132

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

PAULA PARDO GOMEZ

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

NATALIA MAZA PUJALTE

1 Introducción

La ginecología y obstetricia es una rama de la medicina que está especializada en ofrecer una atención a las mujeres a lo largo de su vida.

Por un lado, la ginecología se ocupa de todas las enfermedades que están relacionadas con el aparato reproductor femenino, como pueden ser alteraciones en el ciclo menstrual, tumores y otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea, la clamidia o el VIH.

Mientras que por otro lado, la obstetricia se encarga de los cuidados a la mujer embarazada, el parto y postparto.

De esta manera, podemos decir que la ginecología y obstetricia se encarga de las enfermedades del sistema reproductor femenino, así como de la prevención de

éstas, gracias a técnicas de exploración que se han ido desarrollando a lo largo del tiempo, con las que se busca diagnosticar de manera precoz dichas enfermedades. Tanto la atención, como el seguimiento y los cuidados de la madre así como del neonato, desde el parto, deben de realizarse por un equipo multidisciplinar formado por un grupo de profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto. Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto.

2 Objetivos

Exponer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de obstetricia y ginecología en el cuidado de la mujer embarazada.

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 TCAE se encargará de realizar los cuidados básicos de enfermería de una manera coordinada con el enfermero/a.

Siempre trataremos de darle a la madre apoyo y una información adecuada durante el tiempo que dure proceso, respetando siempre un ambiente de intimidad, cordialidad y familiaridad con el único fin de transmitir seguridad y confianza a la futura madre como a sus familiares y/o acompañantes.

Cuando llega a la unidad una mujer embarazada que ya ha roto aguas y/o que tiene contracciones, así como si tiene programado dar a luz el día que acude al hospital, es el TCAE el encargado de recibir a la paciente y acompañarla a su habitación, ofreciéndole camión, toallas, y todo aquello que pueda necesitar para que su estancia hospitalaria sea lo más confortable posible.

En caso de que la paciente no pueda por ella misma, el TCAE la ayudará a desvestirse, ponerse el camisón, y colocarla en la cama en la postura que sea más cómoda para la paciente.

En la mayoría de los casos, la embarazada estará inquieta y nerviosa en esos momentos, por eso es fundamental que el TCAE intente tranquilizarla, y que haga todo lo posible porque la paciente se sienta cómoda y a gusto.

También le explicaremos cuál es el proceso a seguir, y que hasta que no haya dilatado lo suficiente no podrá ir al paritorio.

Una vez que el parto ha finalizado y que se han hecho todas las tareas correspondientes del paritorio, como puede ser la medición del bebé, la madre y el recién nacido volverán de nuevo a la habitación que tenían asignada.

Es tarea del TCAE colaborar con el/la enfermero/a en todas las labores para las que sea requerido y le servirá siempre de apoyo.

Se ocupará también del acomodamiento tanto de la madre como del bebé, y se encargará de ofrecerle líquidos a la madre, ya que es fundamental que se hidrate adecuadamente, así como de ofrecerle alimentos a la madre.

También la orientará y ayudará en el inicio a la lactancia materna, se le darán pautas sobre la posición correcta al pecho, la duración de la toma, que la nariz del bebé estén libres, etc. y la orientará, sobre todo en el caso de ser madre primeriza, en aspectos sobre la higiene del bebé; así como en su propia higiene íntima.

Se le proporcionará la ropa adecuada al bebé, así como se repondrán diariamente los armarios de lencería de cada habitación con todo lo necesario tanto para el bebé como para la madre.

En definitiva, el TCAE procurará que tanto la madre como el recién nacido se encuentren en las mejores condiciones ambientales y sanitarias, quedando cubiertas las necesidades de ambos.

Es primordial que el TCAE informe al enfermero/a de cualquier incidencia que pueda suceder e informar de todos aquellos aspectos que puedan resultar importantes.

Definitivamente, es muy importante la figura del TCAE en este servicio, ya que junto con la matrona, son las personas que guiarán y orientarán a la mamá en esta nueva aventura que comienza con el nacimiento de su bebé.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el TCAE de la unidad de ginecología y obstetricia tenga una formación específica en este área y esté capacitado tanto para ayudar como cuidar a la mujer durante el transcurso del parto y postparto, el inicio de la lac-

tancia materna y auxilie al recién nacido en sus necesidades básicas, intentando siempre que la interacción de la madre con su bebé sea lo más temprana posible. El TCAE, junto con el personal de enfermería, son las personas que más tiempo pasan con sus pacientes, y como es de esperar, a los nuevos papás les surgirán infinitas dudas sobre como actuar en ciertos aspectos, que como es lógico, compartirán con el equipo de enfermería. Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto.

6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T16-AE-SCS-2007.pdf.
2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.phpscript=sci_serial&pid=0717-7526&lng=es&nrm=iso.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002000.htm>.
4. https://www.fundacionfae.org/112_el-auxiliar-de-enfermeria-tcae-en-la-unidad-de-ginecologia-y-obstetricia-atencion-y-cuidados-a-la-madre-y-al-neonato.

Capítulo 133

LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

FELISA DIAZ FERNANDEZ

MARÍA DOLORES SOLANILLA DIAZ

ARIADNA DE LA FUENTE FERNÁNDEZ

ALESSANDRA GARCÍA PALICIO

ROSA MARÍA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La unidad de reanimación esta directamente vinculada al servicio de anestesia, donde ingresan los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, regional o sedación, que precise ingreso hospitalario y que no sean subsidiarios de cuidados intensivos.

La supervisión médica en esta unidad corre a cargo del anestesta, que será quien les de el alta.

La unidad de reanimación puede ser de dos tipos, según del tipo de cuidados que sea necesario proporcionarles:

- Unidad de recuperación post-anestesia, también llamada sala del despertar o

URPA, donde los Pacientes bien por el tipo de intervención o por las características del paciente no se espera que existan complicaciones graves

- Unidad de cuidados críticos postquirúrgicos (unidad de reanimación), pacientes que, por sus antecedentes, por el tipo de cirugía, o que hayan presentado alguna complicación durante la anestesia, se consideran pacientes en estado grave.

Esta unidad suele estar situada en una zona cercana al quirófano, para que el traslado de los pacientes sea rápido y así evitar cualquier tipo de incidencia. Son salas abiertas, donde los pacientes están muy controlados. Están dotadas del equipamiento adecuado (carro de parada con desfibrilador, torre auxiliar con monitor de constantes vitales, aspiración, oxigenoterapia, etc.) y con personal especialmente cualificado.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en la unidad de reanimación.

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 su llegada a la unidad, el paciente llega acompañado del anestesista, quien dará las instrucciones pertinentes como: posición del paciente en la cama, tipo de anestesia, oxigenoterapia, etc. El paciente debe ser monitorizado, con electrocardiograma continuo, tensión arterial constantes, y estado de las vías aéreas. La vigilancia del paciente es constante, de ahí la importancia de tener una ratio que permita tener un control exhaustivo de cada paciente.

Existe un registro por escrito y siguiendo un protocolo de actuación, por ejemplo, constantes cada 5 minutos hasta que este estable y luego pasar a cada 15 minutos, siempre que el estado del paciente lo permita, así como control de apósitos y

heridas quirúrgicas (control de sangrado), balance de entrada de líquidos, diuresis y pérdida por vómitos, nivel de conciencia. (2)

Nuestra función como TCAE es la de estar alerta ante cualquier cambio del paciente, colaborar siguiendo las instrucciones de la enfermera, por ejemplo: tener todo el material que pueda ser necesario limpio y preparado, mantener la temperatura corporal del paciente, control de diuresis, drenajes, etc.

Las complicaciones más comunes en estos pacientes son:

- Respiratorias, derivadas de la anestesia general o de problemas secundarios a la misma
- Complicaciones circulatorias y hemodinámicas, derivadas de la anestesia o por pérdidas hemorrágicas, crisis hipertensivas secundarias al dolor.
- Complicaciones neurológicas, desorientación temporal-espacial especialmente en personas mayores, presentando cuadros de desorientación o agitación.
- Dolor de tipo agudo, los traumatismos derivados de la cirugía pueden producir estímulos muy nocivos para el paciente, pudiendo causar afecciones secundarias a partir del dolor que dificulten la recuperación precoz y aumente el disconfort.
- Náuseas y vómitos, junto con el dolor es una de las complicaciones más comunes.
- Hipotermia, la temperatura tiene que ser controlada como un signo más del organismo de la misma manera que observaremos otros parámetros como el pulso, saturación de oxígeno o la tensión arterial, una caída en la temperatura puede originar temblores y escalofríos en los instantes más inmediatos post-operatorios.

5 Discusión-Conclusión

Existen normas de actuación, protocolos y registros adecuados en cada centro hospitalario.

En esta unidad, el paciente permanece altamente vigilado, de ahí la importancia de tener una ratio justa, para poder atender correctamente al enfermo, así como la disposición de las camas, para tenerlo siempre a la vista, hasta que se encuentre en condiciones óptimas para su traslado a la planta hospitalaria o alta domiciliaria, recuperado de los efectos de la anestesia, con las constantes vitales estabilizadas y recuperado el nivel de conciencia.

La dinámica de esta unidad es de un trabajo en equipo, proporcionándoles unos cuidados de calidad, donde las necesidades del paciente están cubiertas.

6 Bibliografía

1. <https://www.operarme.es/noticia/359/para-que-sirve-la-sala-de-reanimacion-de-un-hospital/>.
2. <https://anestesiahcub.files.wordpress.com/2019/09/manual-del-anestesiologo.pdf>.
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diagnosticos-de-enfermeria-y-cuidados-aplicados-mas-habituales-en->.
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-enfermeros-en-unidad-de-recuperacion-postanestesia-urpa-y-reanimacion-anestesia-rea/>.

Capítulo 134

LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

ANA FERNÁNDEZ PELÁEZ

1 Introducción

Las caídas son un problema de salud pública con una importante repercusión a nivel salud y económico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las caídas representan la segunda causa a nivel mundial de muerte por lesiones accidentales. Conllevan un aumento de la discapacidad, morbilidad y mortalidad entre las personas mayores, reduciendo la calidad de vida así como su duración.

Las caídas según definición de la OMS (2012) tratan de un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio.

Las caídas son consideradas como efecto adverso que se puede producir durante la asistencia sanitaria. Las caídas suponen riesgo de lesión para todas las personas, pero la edad, el sexo y su estado de salud previo influyen en la gravedad y tipo de lesión que derivará. Factores de riesgo ambientales o del propio paciente lo convierten en un síndrome multifactorial.

Nos encontramos con cuatro pasos clave para prevenir caídas en el ámbito hospitalario: valorar el riesgo de caídas, intervenir sobre los riesgos específicos que hemos identificado, implementar estrategias de prevención y prevenir las lesiones derivadas de una caída.

El riesgo de caída se ve aumentado cuando las personas tienen una edad avanzada son las personas mas propensas a sufrirlas por ello es importante prevenirlas en la medida de lo posible.

2 Objetivos

- Conocer las medidas más efectivas para la prevención de caídas.
- Determinar los principales factores de riesgo en la producción de caídas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una revisión sistemática mediante la búsqueda de bibliografía en las principales bases de datos, Pubmed, Scielo los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

Hay diversos factores que se ven involucrados en las caídas como son:

- Factores extrínsecos o ambientales: se relacionan con el entorno del paciente. Algunos ejemplos son uso de barandillas inadecuadas, camas sin freno o que este esté estropeado, iluminación inadecuada, timbre inaccesible, mobiliario inadecuado, servicios no adaptados o de difícil acceso, suelo mojado, calzado inadecuado, etc.
- Factores intrínsecos o relacionados con el paciente, entre ellos nos encontramos: antecedentes de caídas, alteraciones visuales o auditivas, confusión desorientación medidas a tener en cuenta y para evitar o disminuir las caídas son las siguientes:

Asegurar el entorno del paciente (cama en posición más baja con el freno puesto, frenos en la silla de ruedas durante la transferencia, iluminación adecuada, dispositivos de ayuda al alcance del paciente, habitación y aseo ordenados, respetar señalización de suelo mojado, uso de calzado cerrado y antideslizante entre otras medidas.

Enseñanza sobre cómo prevenir caídas:

Realizar rondas de prevención de caídas (revisando que los objetos personales estén a mano, camas bajas y frenadas, revisar estado de barandillas, cambios posturales si es necesario, etc.).

- Identificar al paciente de riesgo: valorar el riesgo de caídas en todo paciente al ingreso, tras cualquier cambio en su estado de salud y tras una caída.

La valoración de riesgo la realiza la enfermera responsable al ingreso del paciente y después diariamente y tras una caída.

- Ayudas en la transferencia/movilidad.
- Fomentar la orientación de la persona.
- Revisión del uso de barandillas.
- Revisión del uso de ayudas técnicas como bastones, andador.
- Revisión del uso de prótesis: audífonos, gafas.

Estas son las medidas más comunes y que todo personal debe conocer y realizar para obtener así un cuidado y una salud más óptimos durante el internamiento hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que uno de los aspectos más importantes a la hora de prevenir las caídas en el ámbito hospitalario, es la correcta identificación del paciente de riesgo y realizar los protocolos de prevención que existan en la unidad hospitalaria.

Además se concluye que con el conocimiento del personal sanitario adecuado disminuiríamos considerablemente las caídas en los pacientes lo que ayudara que la salud del paciente no se vea mas afectada y prolongue así la estancia hospitalaria. Esto le implica que el gasto sanitario no se vea aumentado lo que favorece a la salud pública.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 135

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

EVA MENCÍA MORENO

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

La primera descripción completa de la enfermedad que se conoce y hace referencia al cáncer de mama, es descrita por el médico francés Le Dran. Este médico detalló como el cáncer se extendía desde la mama hasta los ganglios de la axila, y de allí al resto del cuerpo.

La primera mastectomía radical se realiza en el año 1889, como una forma de controlar el cáncer quirúrgicamente, de manera que extirpaban la mama para evitar que el tumor se extendiera al resto del cuerpo.

El cáncer de mama es considerada la primera causa de muerte principalmente entre mujeres, aunque no se descarta que también pueda darse en hombre tan solo el 1 %.

El cáncer de mama es una proliferación incontrolada de células en los conductos mamarios. Las células pueden diseminarse, (producir metástasis) a través de la mama a otros ganglios linfáticos del cuerpo.

Los investigadores han conseguido identificar factores que influyen como el estilo de vida, los cambios hormonales, y factores ambientales, que pueden incrementar el riesgo de sufrir cáncer de mama. También se han identificado que entre el 5-10 % de los cáncer de mama pueden ser hereditarios. Se han identificado varios genes que aumentan la probabilidad de sufrir cáncer de mama, el gen BRCA1 y el gen BRCA2, ambos genes aumentan significativamente los riesgos de padecer tanto cáncer de mama, como de ovario.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes signos y síntomas del cáncer de mama.
- Conocer los diferentes tipos de cáncer de mama que existen.

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

Una parte muy importante es realizarse pruebas de detección periódicas, haciéndose mamografías para ver si existen tumoraciones, aunque si bien es cierto que no todo el cáncer de pecho se diagnostican mediante radiografía (RX). Esto significa que es muy importante estar pendiente de si las mamas sufren algún cambio, ya que el síntoma más común es un bulto. Consiste en una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares.

Algunos síntomas del cáncer de mama son:

- Hinchazón del seno, o una parte de él (no es necesario que exista un bulto).
- Formación de hoyuelos, es parecido a la piel de naranja.
- Dolor en la mama, o en el pezón.
- Contracción de los pezones.

- Piel del pezón anormal, descamada, gruesa, roja o seca.
- Secreción del pezón de líquido por el pezón.

Algunas veces el cáncer de mama se puede extender hacia los ganglios linfáticos de las axilas o alrededores, en ese caso, puede salir un bulto ahí.

Es muy importante la detección precoz, ya que así el porcentaje de éxito es mucho mayor. Por eso hay que hacer hincapié en la educación para la salud, y enseñar a las mujeres a que tienen que palparse diariamente y observar cualquier cambio que les pueda hacer sospechar, por si en el caso de encontrar una anomalía acudir al especialista para realizar las pruebas diagnósticas pertinentes, además de realizar mamografías regularmente.

Los tumores se determinan según las células que estén afectadas. Existen tres tipos de tumores más frecuentes:

CDI o carcinoma ductal invasivo, también conocido como carcinoma ductal infiltrante. Este tipo de cáncer de mama es el más común. Cerca de un 80% de todos los tipos de cáncer corresponden a CDI. Este tumor se origina en las células que revisten el conducto de leche que se encuentra en el seno, después puede ser que el cáncer invada la pared del conducto y crecer en los tejidos adyacentes. Llegados a este punto, puede tener la capacidad de producir metástasis es decir, expandirse por el resto del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático.

CLI o carcinoma lobular invasivo, está compuesto por pequeñas células cancerosas, estas invaden el tejido graso, el estroma y los ligamentos que rodean a los conductos y lobulillos del seno.

CDIS o carcinoma ductal in situ en este caso se encuentran las células anormales en el revestimiento de un conducto de la mama, no se han diseminado a otros tejidos, en algunos casos es posible que se convierta en un cáncer invasivo, y empiece afectar a los tejidos adyacentes.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar se han realizado diversos avances tecnológicos a lo largo de la historia. Se han podido diferenciar los tipos de cáncer de mama y de qué manera afecta cada uno, además de identificar los signos y síntomas, que ayudará a la detección precoz del mismo.

A día de hoy, sigue cobrándose vidas de muchas mujeres, por lo que es importante concienciar a la población, de la importancia que tiene realizarse revisiones periódicamente, ya que con eso se puede prevenir.

El 19 de octubre se celebra mundialmente el día internacional de la lucha contra el cáncer de mama, su objetivo principal es concienciar y promover que las mujeres accedan a diagnósticos controles y tratamientos, que sean oportunos.

6 Bibliografía

1. Siu AL; US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
2. US Preventive Services Task Force, Owens DK, Davidson KW, et al. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement [published correction appears in JAMA.

Capítulo 136

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL RIESGO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS DE SUFRIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

EVA MENCÍA MORENO

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

Las UPP o úlceras por presión se caracterizan por presentar una inflamación o rotura en la piel, puede ser que afecte a los tejidos blandos o incluso llegar a la afectación del hueso. Las úlceras pasado un tiempo pueden volverse crónicas. Podemos definir las úlceras como la muerte (necrosis) del tejido subcutáneo de una zona en la que se ejerce presión, entre la zona ósea y la silla o cama. La consecuencia en estos casos es la disminución de sangre a los vasos sanguíneos el aporte de oxígeno y nutrientes disminuye en la zona afectada.

Las úlceras suelen aparecer sobre todos en pacientes encamados durante largos periodos de tiempo. Es considerado un grave problema de salud y afecta a la calidad de vida del paciente. Lo más eficaz es la prevención, y para ello se utilizan diferentes técnicas que hace que el paciente no ejerza la presión siempre en las mismas zonas.

En España se estima que más de 90.000 personas sufren al menos una úlcera de presión al día. Un estudio revela que nueve de cada diez pacientes ingresados sufren úlceras por presión en nuestros hospitales, independientemente de edad y el tipo de diagnóstico, por el cual se encuentren hospitalizados. De ellos, aproximadamente el 20 por ciento eran menores de 65 años.

2 Objetivos

- Indicar las técnicas de cuidados para los pacientes encamados y la ayuda a la prevención de las úlceras por presión.
- Conocer e identificar los diferentes tipos de úlceras por presión.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente en la revisión de artículos científicos en las revistas más relevantes de ciencia e investigación sanitaria.

Se han utilizado las bases de datos Medline, Scielo y Pubmed. Además de consultar libros de carácter sanitario con información relacionada sobre las úlceras por presión en pacientes encamados.

4 Resultados

Es importante ejercer una buena educación para la salud, y utilizar la prevención como barrera frente a las úlceras por presión. Para ello no solo debemos evitar las úlceras en los centros hospitalarios, si no también en los domicilios, enseñándoles a la familia y cuidadores técnicas y conocimientos para una correcta utilización de los mismos.

En el caso de que las úlceras ya hayan aparecido es muy importante comenzar con el tratamiento más adecuado, para así poder evitar las futuras complicaciones o incluso la formación de nuevas úlceras.

En la actualidad existen una variedad de cuidados que son específicos y se han de tener en cuenta cuando nos encontremos ante la aparición de úlceras por presión. Debemos de mantener la piel del paciente muy limpia, seca e hidratada, por eso es recomendable el uso de cremas hidratantes, sin abusar de estas para evitar la maceración.

Cuando se realice el aseo del paciente encamado, tendremos en cuenta secar bien donde tenga pliegues, ya que la humedad se puede acumular y puede suponer un riesgo.

Otro factor muy importante que debemos de tener en cuenta es la presión que ejerce la parte del cuerpo contra otra superficie, este factor hay que tenerlo muy en cuenta ya que favorece razonablemente la aparición de las úlceras por presión. Para ello realizaremos cambios posturales con frecuencia, y lo recomendable es hacerlo cada dos horas aproximadamente. Cuando realicemos los cambios posturales, haremos especial hincapié en las protuberancias óseas y acolcharemos con almohadas o cojines para descargar la presión.

Por ejemplo, si el paciente se encuentra en decúbito supino, sufrirá mayor presión en los siguientes puntos: cabeza, omóplato, codos, sacro y talones.

Las úlceras por presión se clasifican en cuatro grados, para diferenciar la gravedad de estas:

Estadio I: eritema, no palidece tras la presión. La piel en este caso se encuentra intacta.

Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel, con afectación de la epidermis, la dermis o ambas.

Estadio III: pérdida total del grosor de la piel o lesión o incluso la necrosis del tejido subcutáneo.

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel, en este caso la piel presenta una necrosis del tejido o daño muscular.

5 Discusión-Conclusión

Respecto a las úlceras por presión el mejor tratamiento y el más eficaz es la prevención. Para ellos podemos utilizar diferentes técnicas y conocimientos, y poder mantener la piel de nuestros pacientes o familiares en perfectas condiciones.

Los cambios posturales si se realizan con frecuencia, son muy efectivos. Para ellos una de las cosas que tenemos que tener en cuenta es movilizarlos cada 2 horas, además de poner diferentes almohadillados para proteger las protuberancias óseas, por ejemplo si el paciente lo colocamos en posición lateral, le pondremos una almohada entre sus piernas para evitar la presión entre las rotulas,

Capítulo 137

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS POSTMORTEM EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

EVA MENCÍA MORENO

MARÍA JESÚS LÓPEZ NAVARRO

NATALIA ERUSTES LÓPEZ

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

Podemos describir desde una perspectiva científica que la muerte hace referencia al fin de la vida. Este proceso es de carácter irreversible. Se produce el cese total de las funciones vitales del organismo. Podemos referirnos a este término con otros sinónimos como: defunción, expiración, deceso, fallecimiento u óbito.

Siempre que se produce un fallecimiento, se debe de certificar la muerte, mediante la toma de las constantes vitales por un profesional médico, que será el encargado de firmar el parte de defunción, certificando así la muerte del mismo.

Los profesionales sanitarios deben de valorar algunos síntomas:

La ausencia de movimientos torácicos, no presenta ruidos a la auscultación.

No se percibe ritmo cardiaco ni pulso.

No se produce salida de aire ni por boca, ni por nariz.

Presenta midriasis, esto consiste en la dilatación de la pupila.

Existe pérdida de estímulos y no se experimenta sensibilidad.

Para certificar todos estos síntomas, se utiliza un electrocardiograma, consiste en la colocación de electrodos, colocados en sitios específicos, este nos detallará si existe el ritmo cardiaco, en el caso de haberse producido una defunción, el electro saldrá plano, indicando el cese del latido del corazón.

Existen signos que se presentan después de la muerte, el organismo va sufriendo una serie de alteraciones se observan con el enfriamiento del cadáver, conocido como algor mortis, rigidez conocido como rigor mortis.

Se conocen cuatro fases que describe Gisbert Calabui en relación a la muerte, estas son las siguientes:

- Primera fase: es en la que desaparecen aparentemente los fenómenos vitales, el paciente todavía se encuentra con vida pero las funciones son tan débiles que parece que este a fallecido. Se pueden observar la disminución de los latidos cardiacos y la respiración.
- Segunda fase: es conocida como muerte relativa, y se describe como la prolongación de la agonía.
- Tercera fase: se conoce como muerte intermedia, en esta fase desaparece de manera irreversible la actividad biológica de órganos y tejidos.
- Cuarta fase: conocida como muerte absoluta, en esta fase desaparece toda la actividad que exista en el organismo.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuales son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) cuando se produce en el hospital un fallecimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente, en las bases de datos científicas.

Se han utilizado las bases de datos Pubmed, Scielo, Medline y Google Escolar. Además de consultar libros, específicos, respecto a las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados post mortem.

4 Resultados

En el caso en el que nos encontremos con la situación de que un paciente ha fallecido, se debe de tener a la familia informada del procedimiento que se va a realizar.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado del amortajamiento, que se realizarán una vez que el facultativo haya certificado la muerte. Puede ser que la muerte no haya sido de forma natural, en este caso no debemos tocar el cuerpo, para no entorpecer las labores judiciales, y seguiremos las instrucciones a seguir de nuestros superiores.

Las principales funciones que desempeña el TCAE en estos procedimientos son: Prepararemos el cuerpo para el traslado realizando un aseo completo del paciente, donde retiraremos todos los materiales que se hayan utilizado mientras su estancia hospitalaria, como puede ser el uso de sondas, oxígeno, telemetría...

Colocaremos una venda debajo de la mandíbula hasta la cabeza, esto permitirá que la boca se mantenga cerrada, ya que con el rigor mortis los músculos se enfrían y se quedan rígidos.

En el caso de que tenga los ojos abiertos, se los cerraremos.

Taponaremos todos los orificios, para evitar la salida de fluidos, como sangre o secreciones, los materiales que utilizaremos para realizar los taponamientos serán gasas y algodones.

Una vez que hemos aseado al paciente y le hemos retirado todos los materiales, lo introducimos en el sudario, con las palmas de las manos hacia abajo o cruzadas en el pecho.

El protocolo que se sigue normalmente, es que al llegar a la funeraria estos se encargan de vestirlos con la ropa que la familia les ha facilitado, dejándolo preparado para el posterior velatorio.

Subiremos la cremallera del sudario hasta la altura de la cabeza, y taparemos el resto con una sábana, para evitar un impacto visual, le indicaremos a la familia en el caso de que estuviera, que pasarán a despedirse.

Una vez finalizado el procedimiento, el celador será el encargado de trasladarlo a la cámara frigorífica del hospital, el cadáver debe de estar identificado en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar los cuidados post mortem son similares a los cuidados que recibe el paciente en vida, ya que nos encargaremos de realizarle el aseo con total normalidad, cambiaremos pañal, y le pondremos ropa limpia.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante en estos procedimientos, ya que además de la prolongación de los cuidados al paciente, tiene que empatizar, y apoyar a la familia desde el máximo respeto.

En el caso de que sospechemos que un paciente puede haber sufrido un fallecimiento, llamaremos al resto del equipo sanitario, para realizarle un electrocardiograma, si este sale plano, llamaremos al médico para que este sea el encargado de venir y certificar la muerte.

6 Bibliografía

1. Guidance for staff responsible for care after death. Developed by the National End of Life Care Programme and National Nurse Consultant Group (Palliative Care). Royal College of Nursing. [http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/Care_After_Death___guidance.pdf] [Consulta: 15/05/2012].
2. Cuidados Post-Mortem. Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz. Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura. www.areasaludbadajoz.com [http://www.areasaludbadajoz.com/datos/atencion_hospitalaria/WEBCuidados%20post-mortem.1.1.pdf].
3. Cuidados post mortem, MedlinePlus

Capítulo 138

EL SÍNDROME DE LA INMOVILIDAD EN PERSONAS MAYORES

VANESA PUENTE FERNANDEZ

1 Introducción

El ser humano tiene la capacidad de desplazarse en el medio que le rodea. Esta característica es imprescindible para el desarrollo de muchas actividades de la vida diaria del individuo.

Asimismo la capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida ya que determina su grado de independencia.

La morbilidad, la mortalidad, la calidad del entorno familiar, repercusiones económicas y laborales junto con el riesgo de institucionalización son características que se ven modificadas cuando la movilidad se ve alterada.

La pérdida de la movilidad se ha convertido en una manifestación atípica de muchas enfermedades que padecen las personas de edad avanzada, que llevada a su máximo exponente se convierte en uno de los grandes síndromes geriátrico, la inmovilidad. Por ello, es necesario conocer sus características, su manejo y su prevención.

Sin duda estamos ante un problema que suele pasar inadvertido en la lista de alteraciones de la salud, tanto en el nivel hospitalario como en las residencias de ancianos; y que sin embargo, deberemos de abordar con prontitud especialmente en las personas mayores, para evitar la inactividad y que vuelvan a desempeñar sus actividades cotidianas a la mayor prontitud posible. Dentro de las causas físicas debemos de hacer una mención especial a los cambios que están ligados al proceso de envejecimiento fisiológico y que pueden determinar una merma

en las funciones físicas y psíquicas que favorezcan la inactividad de la persona mayor.

La inmovilidad puede manifestarse de forma relativa o absoluta. En la primera de las situaciones, la persona mayor se movilizará con mayor o menor independencia pero mantendrá el patrón de una vida sedentaria. Sin embargo, la inmovilidad absoluta implicaría un encamamiento continuado donde incluso se reflejaría la imposibilidad de realizar cambios de posición de forma independiente por parte de la persona afectada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la inmovilidad y detallar las características que la determinan.

Objetivos secundarios:

- Identificar las etiologías más prevalentes que median en la instauración del síndrome de inmovilidad.
- Enumerar las principales complicaciones de la inmovilidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros, así como de las principales bases de datos de artículos sanitarios, a saber: Scholar Google, Medline, Dialnet, Pubmed y Scielo. Las palabras claves empleadas fueron: inmovilidad, ancianos dependientes, alteraciones musculoesqueléticas. Operadores booleanos: and y or. Se han tenido en cuenta criterios de exclusión como, por ejemplo, literaturas en idiomas diferentes al español o inglés o textos no disponibles de forma gratuita.

4 Resultados

El síndrome de inmovilidad es aquel conjunto de signos y síntomas que surgen como consecuencia de la inactividad durante un periodo prolongado de tiempo. La inmovilidad o el inmovilismo son la disminución o interrupción de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria. Aunque también puede ser entendida como la incapacidad para trasladarse de forma independiente en su entorno.

El síndrome de inmovilidad es un cuadro clínico que tiene un origen multifactorial, que cursa con un deterioro funcional caracterizado por la pérdida de la movilidad o una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio y que está condicionado por la inactividad y el desuso acompañante (debilidad muscular e incluso pérdida de los reflejos posturales). Sin embargo, es prevenible y potencialmente reversible.

La etiología que condiciona la aparición del síndrome de inmovilidad es multifactorial, aunque el origen físico y psíquico tenga un mayor peso frente a otras fuentes, y tan solo en el 20 % de las situaciones se produzcan a partir de una sola causa.

Las distintas etiologías que median en su presentación son responsables de generar alguno o varios de los siguientes predictores: dolor, rigidez, parestias, alteraciones de los órganos de los sentidos, debilidad generalizada, incontinencia, síndromes confusionales, depresión o incluso miedo a caer.

El otro gran grupo de causas físicas son las enfermedades crónicas invalidantes entre las que podemos enumerar las siguientes:

1. Enfermedades músculo-esqueléticas:

- Osteoartrosis, artritis (gota).
- Osteoporosis.
- Fracturas de cadera y miembros inferiores.
- Enfermedad de Paget.
- Patología podológica (hallus valgus, hiperqueratosis) y ungüeal.
- Otros (polimialgia reumática, osteomalacia).

2. Enfermedades neurológicas:

- Accidentes cerebrovasculares.
- Enfermedad de Parkinson.
- Demencias.
- Otras (neuropatías periféricas, atrofas multisistémicas, hidrocefalia normotensiva).

3. Enfermedades cardiorrespiratorias:

- Insuficiencia cardíaca severa.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Enfermedad vascular periférica (arterial o venosa).

4. Enfermedades neurosensoriales:

- Déficits visuales (cataratas, glaucoma, retinopatía diabética).
- Déficits auditivos (presbiacusia, tapones de cera).
- Vértigo posicional benigno.

5. Causas psicológicas:

- Depresión.
- Miedo (especialmente a caer).

6. Causas endocrinometabólicas:

- Diabetes mellitus.
- Hipotiroidismo.
- Alteraciones hidro-electrolíticas (deshidratación, hipernatremia, hiponatremia, hipopotasemia e hipercalcemia).

Además las neoplasias en fase terminal, la malnutrición o las anemias son otras causas físicas relacionadas con la pérdida de movilidad.

Entre las causas sociales más relevantes tenemos la soledad, el aislamiento o incluso la institucionalización. En definitiva la falta de apoyo social.

Las complicaciones derivadas de los periodos prolongados de inmovilidad repercuten sobre distintos aparatos, sistemas y órganos de nuestro cuerpo, pudiendo llegar a ocasionar la muerte del individuo por patologías coadyuvantes como puedan ser infecciones, úlceras por presión, etc. En cualquiera de los casos prolongan el síndrome de inmovilidad potenciando sus complicaciones.

La valoración geriátrica integral determinará qué aspectos están más afectados, aunque habitualmente serán el sistema cardiovascular y el musculoesquelético. Para conseguir los objetivos marcados deberemos de pautar una serie de intervenciones que se ajustarán a las características individuales de cada uno de nuestros pacientes. Entre ellas tenemos:

- Aumentar el movimiento articular con ejercicios pasivos, asistidos o activos sobre el paciente.
- Realizar cambios posturales, siempre que sea posible se estimula que los realice el propio paciente.
- Aumentar paulatinamente el tiempo de sedestación.
- Favorecer la deambulación siempre que sea posible.

La prevención de complicaciones juega un papel muy importante entre las que cabe destacar:

- Musculoesqueléticas: haciendo hincapié en mantener una adecuada postura y alineación corporal e incorporar precozmente los ejercicios de rehabilitación.
- Cardiovasculares: controlando la presión arterial y la frecuencia cardiaca.
- Respiratorias: haciendo partícipe al paciente para mantener una correcta higiene respiratoria (inspiraciones profundas, toser y expectorar) o bien realizar fisioterapia respiratoria (drenaje postural, clapping, etc.).
- Gastrointestinales: especialmente evitando el estreñimiento. También es importante mantener una adecuada higiene bucal, prevenir la anorexia, potenciar la

comida fuera de la cama y tomar las medidas adecuadas para evitar la broncoaspiración.

- Genitourinarias: donde la incontinencia y las infecciones urinarias tienen un alto índice de presentación.
- Problemas psicológicos: motivando al paciente a expresar sus sentimientos y marcarse objetivos realistas. También es importante favorecer la personalización de la habitación y el entorno cercano.
- La situación clínica de cada paciente determinará los pasos a seguir en la recuperación de la movilidad.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, podemos concluir que las condiciones físicas, psíquicas y funcionales del paciente nos marcarán las intervenciones a desarrollar, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones no será posible llevarlas a cabo por problemas manifiestos, tales como dolor, disnea intensa, mareos, negativa del paciente, riesgo de agravar otras patologías, etc.

6 Bibliografía

1. Scobar, M. V.; Cano, J. M.; López, A.; Muñoz, C.: Inmovilismo y deterioro funcional en Centros de Humanización de la salud. Manual de especialización para gerocultores y auxiliares de enfermería. Síndromes geriátricos, Madrid: Gráficas Arias Montano, 2005 Montagut, F.; Floats, G.; Lucas, E.: Rehabilitación domiciliarias. Principios, indicaciones y programas terapéuticos, Barcelona: Ed. Masson, 2005.

Capítulo 139

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

BEATRIZ AZEVEDO CANADO

1 Introducción

Cuando tratamos a un paciente terminal lo que debemos de tener en cuenta como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es perderle el miedo a la muerte y entenderla como un ciclo natural de la vida.

Para ser un buen profesional sanitario hay que tener la capacidad y habilidad de desarrollar una buena comunicación tanto con el paciente como con su familia. Esto ayudará y facilitará la colaboración de ambos y la buena gestión de cuidados a realizar en el paciente.

Los cuidados dados al paciente en cuidados paliativos no sólo lo realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), sino todo el equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras, celadores, trabajadores sociales, terapeutas, psicólogos. Todos en consonancia trabajan para que el paciente tenga mayor autoestima, se sienta cómodo y en buenas manos.

A un paciente terminal se le mejora la calidad de vida, no se trata de alargarla sino de reducir su sufrimiento y el de su familia, aumentando su confort y conservando su autonomía, dignidad y capacidad de tomar sus propias decisiones durante su estancia hospitalaria.

Por eso tanto el TCAE como el resto del equipo han de ser muy respetuosos cuidando con más detalle todos los aspectos de salud física y mental del paciente

y familiares, ya que pasan por distintos estados de ánimo según vayan siendo los resultados.

2 Objetivos

- Detallar funciones del TCAE con el paciente terminal en cuidados paliativos.
- Conocer qué situaciones se pueden dar y reconocer los pasos a practicar según las circunstancias de cada paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente en cuidados paliativos recibe por parte del TCAE unos cuidados dirigidos a mitigar su sufrimiento y hacer que su estancia en el hospital sea lo más confortable y agradable posible, estos cuidados también se extienden a sus familiares. Facilitando la comunicación entre pacientes y familiares para que se sientan atendidos e integrados en el equipo, esto ayuda a evitar que se produzca más angustia y ansiedad que la propia situación propicia.

En el cuidado del paciente terminal que suele estar encamado, es muy importante el aseo realizado por el TCAE, en ocasiones, es el familiar quien lo realiza a petición del propio paciente. Hay que cuidar de su intimidad, nunca dejarlo totalmente al descubierto, ir destapando según se vaya haciendo el aseo.

Comenzaremos por los ojos con una gasa humedecida en solución salina, seguimos por los brazos, torso, piernas, le daremos la vuelta con ayuda del celador y le lavaremos la espalda y por último la zona genital. Secándolo muy bien, haciendo hincapié en pliegues y espacios interdigitales.

La hidratación de la piel es fundamental, también tener la boca húmeda y labios hidratados.

Otro punto practicado por el TCAE es la alimentación, hay que adecuarla a los gustos y preferencias del paciente, no forzarle a comer pero sí animarle a que lo haga. Después de cada ingesta, realizar una limpieza bucal.

Los TCAE controlarán las disposiciones de cada paciente que puede verse alterada por la medicación y la falta de movimiento del paciente, esto favorece el estreñimiento, para evitarlo hay que ofrecer líquidos y tomar laxantes, en caso necesario, el médico prescribirá un enema que será aplicado por el TCAE.

Tenemos que colocar en una postura adecuada al paciente para evitar que se pueda ahogar en caso de vómitos, ya que las náuseas son habituales.

Como TCAE debemos facilitar al paciente en cuidados paliativos un descanso óptimo y satisfactorio, realizándole cambios posturales y masajes terapéuticos que ayudan a facilitar el retorno venoso y la relajación.

En cuanto al dolor, se lo debemos de evitar lo máximo posible, una vez que nos lo comenta el paciente se lo haremos llegar lo más rápido posible a la enfermera para que le administre un calmante previamente pautado por el facultativo.

También se usan otras técnicas no farmacológicas como la música, masajes y otros métodos de relajación.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) junto con el resto de equipo multidisciplinar trabajan para que al paciente en cuidados paliativos no le falte el confort, bienestar y tranquilidad que necesita, ya que este tipo de pacientes no se van a recuperar y no se trata de alargarles la vida, sino que el tiempo que estén ingresados en esta unidad se sientan cómodos y no tengan temor a lo que se tienen que enfrentar, unas veces acompañados por familiares y en otras ocasiones, solos. En este último caso, los TCAE le darán el apoyo y comprensión que necesitan en cada momento, además de los cuidados de enfermería.

Es importante que el TCAE conozca el lenguaje no verbal, para poder interpretar los cambios que se van sucediendo en el paciente y poder comunicarlo al resto del equipo y proceder de la manera oportuna.

6 Bibliografía

1. <https://www.secpal.com/bibliotecaguia-cuidados-paliativos-1>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>.

3. Casal, C. Funciones del TCAE ante el Paciente Terminal (2021). Revista Ocronos. Vol. IV n°2- Febrero 2021. Pág. Inicial: Vol. N°2: 15.
4. <https://revistamedica-com.cdn.ampproject.org/v/s/revistamedica.com/funciones-tcae-paciente-terminal/>.

Capítulo 140

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

BEATRIZ AZEVEDO CANADO

1 Introducción

La cardiología es una especialidad de la medicina que se centra en el corazón, en su anatomía, su fisiología y en sus enfermedades.

El médico dedicado a esta especialidad es el cardiólogo, se encarga del diagnóstico, tratamiento de las enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos. Pero no solo está el cardiólogo en este servicio, lo acompaña un equipo multidisciplinar donde está prestando sus servicios el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), encargándose de varias tareas relacionadas con el cuidado más básico ofrecido al paciente en planta, tendrá un trato personal apoyando y favoreciendo su recuperación.

El servicio de cardiología de cualquier hospital tiene la finalidad de diagnosticar y tratar las enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades relacionadas con este campo encabezan el primer motivo de mortalidad en los países occidentales.

Debido a esto, es primordial y muy importante que se ejerza una prevención y un diagnóstico precoz para evitar la muerte del enfermo, importante también es la cura y la rehabilitación posterior.

En la unidad de cardiología se realizan numerosas pruebas diagnósticas y terapéuticas, en la actualidad con técnicas más modernas y rápidas que conllevan menos riesgo para el afectado.

El TCAE se encarga de dar apoyo al equipo médico y de enfermería tanto en las pruebas como en la planta de hospitalización de la unidad de cardiología.

2 Objetivos

- Conocer las funciones a realizar por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de cardiología hospitalaria.
- Explicar los conocimientos a tener en cuenta por el TCAE para realizar su trabajo en la unidad de cardiología.

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 tareas y funciones del TCAE en la unidad de cardiología serán distintas en función del turno en el que nos encontraremos, hay 3 turnos: mañanas, tardes y noches.

En cada momento del día, las necesidades de los pacientes cambian y el trabajo que han de realizar las técnicas de enfermería también varía y se adapta al paciente.

En el turno de las mañanas:

- Se realizan cambios posturales, para evitar úlceras por presión (UPP).
- Se toman las temperaturas, se anotan las diuresis.
- Aseos a los pacientes que necesiten ayuda y se les cambia la lencería de la cama a éstos y a los que son válidos y no necesitan ayuda en el aseo.
- Registrar en el programa informático, las temperaturas y diuresis.
- Entregar desayunos, dar de desayunar a quien lo necesite y recoger las bandejas.
- Asegurarse que toman la medicación con el desayuno.

- Comprobar que las gafas nasales y mascarillas de oxígeno están bien colocadas.
- Servir comida, dar de comer en caso necesario como en el desayuno, asegurar la toma de medicamentos y recoger bandejas.

En el turno de la tarde:

- Realizar cambios posturales y cambio de pañales.
- Toma de temperatura y diuresis, apuntarlo en la historia médica.
- Levantar de la cama al sillón a quien lo tenga indicado por el facultativo.
- Entregar meriendas, dar de merendar a quien lo necesite y recoger bandejas. Asegurarse de que toman la medicación con la merienda.
- Acostar a quien esté levantado en el sillón.
- Poner enemas a quien lo tenga pautado por el médico.
- Repartir cenas, dar de cenar a quien lo necesite, recoger bandejas. Comprobar que han tomado las medicinas.
- Preguntar a cada paciente por la ingesta de líquidos y si ha hecho deposiciones. Apuntarlo en el programa informático.

En el turno de la noche:

- Toma de temperaturas y anotación en el programa informático.
- Comprobar habitación por habitación que estén colocados en correcta postura, tengan limpio el pañal y se encuentren en óptimas condiciones.
- Realizar cambios posturales a quienes lo tengan indicado por el facultativo.

A la llegada a la habitación para ingresar en planta, el TCAE le colocará una pulsera identificativa, se presentará como su auxiliar de enfermería y le explicará el funcionamiento de la cama articulada, de los mandos de las luces, del timbre, del sistema de recogida de la orina. Le explicará que en el baño hay una botella, cuña y bote para guardar la orina para su posterior medición.

Le entregará un pijama o camisón y un tríptico informativo de las normas del hospital, con horarios de visita, teléfonos y demás información básica de la institución sanitaria donde está ingresado el paciente.

En caso de necesitar oxígeno, le pondrá unas gafas nasales o mascarilla con la indicación de oxígeno que tenga marcado por su médico.

Cuando el paciente sea dado de alta, el TCAE recogerá cuñas, botellas, mascarilla de oxígeno y ropa de cama, lo llevará a desinfectar y lo repondrá con material ya limpio y desinfectado.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la alta mortalidad causada por las dolencias cardíacas hay que tener muy controlados a los pacientes que están ingresados.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) están de continuo en contacto con los pacientes, incluyendo los momentos de máxima intimidad, ya sea en el aseo o cambio de pañal. Esto facilita que tengan una confianza y se conozcan bien el auxiliar de enfermería y el paciente, así éstos tendrán la confianza para transmitirles cualquier cambio en su salud, aunque sea una pequeña variación sin mucha importancia que puede dar lugar a algo más grave y así prevenir antes de que vaya a mayores. E incluso al conocerlos bien por todo el tiempo que pasan en contacto, en ocasiones, no hacen falta las palabras, el lenguaje no verbal nos indica cómo se encuentra.

Nosotros como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debemos de comunicar toda esta información de cambios físicos y mentales a la enfermera que lleve al paciente para que proceda según protocolo de actuación.

6 Bibliografía

1. <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f828b7dce0571bc60c0f67408f42610b.pdf>.
2. <http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f-archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20UNIDAD%20CARDIOLOGIA%20%201%20%B.pdf>.
3. <https://www.quironsalud.es/hospital-la-luz/es/cartera-servicios/cardiologia>.
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-39-congreso-nacional-semergen-55-sesion-atencion-factores-riesgo-cardiovascular-3598>.

Capítulo 141

LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE

NOELIA MARIA GUERRERO CASADO

1 Introducción

Las funciones del TCAE son muy extensas, a la hora de hospitalizar a un paciente, el TCAE es el personal sanitario más cercano durante toda su estancia en el hospital.

Entre las funciones que se llevan a cabo se encuentran:

Poner la pulsera de identificación del paciente, proporcionar el pijama correspondiente y una vez que está instalado en la habitación, nos encargaremos del aseo, cambio de ropa de cama, limpieza y desinfección de cuñas, proporcionar la comida y ayudar a comer si fuese necesario, revisar todo el material, así como su limpieza, desinfección y esterilización; y reponerlo para una buena asistencia hacia el paciente, donde también el equipo de enfermería pueda disponer de todo lo necesario para atender a dichos pacientes. También nos encargamos del mantenimiento del carro de curas, reposición de lencería, realización de cambios posturales según la necesidad de cada paciente, toma de temperatura, recogida de diuresis las cuales debemos anotar para que quede registradas.

En caso de que el paciente deba ser operado nos encargaremos del rasurado y de proporcionarle la ropa correspondiente para cada operación, de este modo ayudamos tanto al paciente como al equipo de enfermería, para que haya una buena coordinación entre todo el equipo y de esta forma proporcionar al paciente la mejor asistencia posible tanto asistencial como emocionalmente.

2 Objetivos

- Conocer y aplicar todas las funciones necesarias durante la hospitalización del paciente.
- Proporcionar toda la ayuda necesaria hacia los pacientes y al equipo de enfermería para una buena coordinación entre todos y así conseguir una agradable y eficiente estancia del paciente en el hospital.

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 este estudio se pudo comprobar que tiene una gran importancia una buena formación referente tanto a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería como a todo el equipo que trabaja en un hospital.

Es muy importante adquirir todos los conocimientos necesarios, ya que las funciones del TCAE son muy extensas, y debemos también saber lo que es la asistencia emocional, ya que tiene un papel fundamental dentro de dicha profesión. Por lo tanto resultó efectivo dicho estudio, ya que se comprobó que durante la jornada laboral los pacientes estaban mucho más receptivos y colaboradores mientras que el TCAE realizaba las funciones correctamente y además le brindaba asistencia emocional, una parte de las funciones muy importante ya que los pacientes ingresados en un hospital se sienten indefensos, por ser una instalación fuera de su comodidad, y hay que hacerle la estancia lo más cómodo posible,

tanto por parte del TCAE como de todo el equipo de enfermería y personal de un hospital.

También pudimos comprobar que realizando las labores con un buen conocimiento y formación se trabaja mucho mejor que sin adquirir esos conocimientos, ya que trabajamos junto con el equipo de enfermería y tenemos una gran responsabilidad tanto con el equipo como con los pacientes, donde el pilar fundamental son los pacientes que deben estar lo mejor atendidos posibles y brindarles todo lo que necesiten durante su estancia en el hospital.

Debemos tener en cuenta también la intimidad del paciente, es muy importante saber realizar las funciones para mantener dicha intimidad, de tal forma que se pueda proporcionar los conocimientos adquiridos y los pacientes sean colaboradores mientras realizamos el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante tener una buena formación y adquirir todos los conocimientos a lo largo de la profesión, para así proporcionar a los pacientes la mejor asistencia tanto física como mental durante su estancia en el hospital.

De esta manera formamos un pilar fundamental junto con el equipo de enfermería, que somos los que más tiempo pasamos con los pacientes durante su ingreso, brindándoles todo lo necesario y la mejor atención posible.

También es importante seguir adquiriendo conocimientos a lo largo de nuestra profesión y formación para de ésta forma sigamos estando informados de todos los cambios posibles y proporcionar siempre la mejor asistencia que se le pueda brindar a un paciente que como dijimos anteriormente no está dentro de sus comodidades y nosotros somos los encargados de darle toda la mejor atención que se le pueda dar a un paciente dentro de las posibilidades de la jornada laboral.

6 Bibliografía

1. Ocronos - Editorial Científico-Técnica <https://revistamedica.com/funciones-tcae-tecnico-en-cuidados-de-enfermeria>.
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm.

Capítulo 142

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: ENDOSCOPIA

MARÍA DEL CARMEN MATEOS SANCHEZ

NOELIA GARCIA ARCONES

MARIA CRUZ PALOMO CONTRERAS

ASCENSIÓN MESA ORDÓÑEZ

LAURA GÁLVEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El uso de la endoscopia con fines medicinales lo podemos encontrar en las primeras civilizaciones, ya los griegos, egipcios y romanos introducían en el colon de las personas enfermas pequeños tubos bien para favorecer la evacuación o para introducir líquidos dentro del cuerpo del paciente. Aunque la endoscopia, como la conocemos actualmente y con los objetivos actuales, se inicia en 1865 con la publicación del trabajo de Antonín J. Desormeaux “El endoscopio y sus aplicaciones para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones de las vías genitourinarias”.

La endoscopia es un procedimiento diagnóstico, de exploración y tratamiento, que permite al médico ver el interior del cuerpo de una persona a través de la

introducción de una cámara o lente (dentro de un endoscopio). La introducción puede realizarse a través de un orificio natural, a través de una incisión realizada intencionadamente para ello, a través de una cavidad o bien a través del orificio de una lesión.

En sus inicios, la endoscopia solamente se usaba para el estudio del esófago, el estómago y el colon. Actualmente, la endoscopia se utiliza para diagnosticar enfermedades del oído, la nariz y la garganta, el corazón, el tracto urinario, las articulaciones y el abdomen.

El endoscopio es un dispositivo médico con una luz incluida que se utiliza para mirar dentro del cuerpo humano.

A los endoscopios actuales se le puede agregar:

- Fórceps flexibles o tenaza: para cuando es necesario extraer una muestra de tejido.
- Fórceps para biopsia: utilizados para extraer una muestra de tejido o un crecimiento sospechoso.
- Cepillo citológico: utilizado para extraer muestras de células.
- Fórceps para extracción de suturas: utilizados para extraer puntos del interior del cuerpo.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones de los técnicos en cuidados de enfermería antes, durante y después de la realización de una endoscopia.
- Especificar los tipos de endoscopia más utilizados en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, endoscopia, endoscopio, tipos de endoscopias, primera endoscopia en la historia de la humanidad y funciones específicas de los TCAE en el servicio de endoscopias.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, endoscopia, endoscopio, tipos de endoscopias, primera endoscopia en la historia de la humanidad

y funciones específicas de los TCAE en el servicio de endoscopias, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Tipos de endoscopia:

- Artroscopia: se utiliza para estudiar o reparar articulaciones. Se introduce el artroscopio a través de una incisión quirúrgica.
- Broncoscopia: se utiliza para estudiar la tráquea y los bronquios. Se introduce el broncoscopio a través de la boca.
- Colonoscopia: se utiliza para estudiar y o reparar el intestino grueso y delgado. El colonoscopio se introduce a través del ano.
- Cistoscopia: estudio de vagina y cuello uterino. Si lo que se quiere estudiar es la vagina externa se utiliza el colposcopio (que no se introduce) y si es interior el cistoscopio. El cistoscopio se introduce a través de la vagina.
- Esofagoscopia: se realiza con el esofagoscopio que se utiliza para el estudio, diagnostico y reparación del esófago y se introduce a través de la boca.
- Gastroscoopia: se utiliza para estudio, diagnóstico y reparación del estomago y comienzo del intestino delgado. El gastroscoopio es Introducido a través de la boca.
- Laparoscopia: aparato utilizado el laparoscopio. Esta técnica se utiliza para exploración, diagnóstico y tratamiento del estómago, hígado u otros órganos abdominales, incluidos los órganos reproductivos femeninos (útero, ovarios, trompas de Falopio). Es introducido a través de una pequeña abertura quirúrgica en el abdomen.
- Laringoscopia: el aparato utilizado para su realización es el laringoscopio con el se realiza la exploración, diagnostico y/ o reparación de la laringe y es introducido a través de la boca.
- Neuroendoscopia: se utiliza el neuroendoscopio para estudiar áreas del cerebro. El neuroendoscopio es Introducido a través de una pequeña incisión en el cráneo cerca del área que se desea explorar.
- Proctoscopia prueba endoscópica que a través del proctoscopio introducido a través del ano sirve para diagnosticar, explorar y/o reparar el recto y colon sigmoide.
- Sigmoidoscopia que con el sigmoidoscopio introducido por el ano realiza el estudio y/o reparación de la parte inferior del colon.
- Toracoscopia: aparato utilizado toracoscopio. Estudio y/o reparación de la pleura que recubre los pulmones y las estructuras que recubren el corazón. Introducido a través de una pequeña abertura quirúrgica en el pecho.

Las funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en los servicios donde se realizan las endoscopias las podríamos dividir en:

1. Antes de la realización de la prueba al paciente:

- Preparar todo el material que es necesario para la realización de la prueba, que variará en función del tipo de endoscopia a realizar y la función de esta.
- Si el endoscopio, específico en función de la endoscopia específica a realizar, no está esterilizado porque no lo requiera para su utilización, según instrucciones del fabricante, introducir la parte final de interacción en solución desinfectante.
- Preparar al paciente en la posición adecuada en función de la endoscopia que se le tenga que realizar.

2. Durante la realización de la prueba al paciente:

- Ayudará en todo lo que le sea solicitado por el FEA o el Due que estén realizando la endoscopia.

3. Posteriores a la realización de la prueba:

- Limpieza y acomodo del paciente.
- Recogerá todo el material empleado. Limpiando el aparataje e instrumentos que se haya utilizado (manándolos a esterilización cuando sea necesario) y desechando (en el contenedor apropiado) todo lo que no se pueda reutilizar.
- Ordenar la sala de exploración.
- Limpiar el endoscopio utilizado según instrucciones del fabricante. Cuando así lo requiera lo enviará a esterilización.
- Reponer el material que sea necesario y preparar el endoscopio, que sea necesario, para la siguiente exploración.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería debemos conocer que es una endoscopia, debemos conocer la posición que debe tener el paciente para su realización, el nombre del aparataje en función de cada endoscopia específica porque si no es así no sabremos preparar el material necesario ni al paciente para la prueba que le van a realizar. Debemos conocer cómo realizar la desinfección del aparataje en función de las instrucciones del fabricante y además debemos conocer la preparación que debe tener el paciente antes de someterse a la endoscopia, que de forma genérica son:

- No comer ni beber nada durante varias horas antes del procedimiento.
- Dejar de tomar anticoagulantes varios días antes del procedimiento. Esto reduce el riesgo de sangrado.

- En algunos tipos de endoscopias, como por ejemplo la colonoscopia, debe tomar una dieta estricta y tomar laxante para limpiar el intestino.

De todos estos conocimientos y su efectiva aplicación dependerá la calidad en la atención que le ofrezcamos al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>
<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
2. <https://www.auxiliar.enfermeria.com>.
3. Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill.
4. <https://www.cancer.net>.

Capítulo 143

LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE EMBARAZADA EN PARITORIO POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

1 Introducción

Un parto es el proceso fisiológico único por el cual una mujer lleva a cabo la expulsión de uno o más fetos maduros y su correspondiente placenta desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior. Su inicio normalmente se produce de forma espontánea y en condiciones normales se desarrolla sin complicaciones. Podemos decir que un parto a término (en su tiempo normal) es aquel que transcurre entre las 37 y 42 semanas de gestación. Los partos que transcurren antes de las 37 semanas de gestación son considerados como partos prematuros y los que se producen después de las 42 semanas son considerados como partos post-término.

Antes de producirse el parto suelen manifestarse los pródromos del parto, que son síntomas vagos e inespecíficos que transcurren antes de lo que se considera el parto propiamente dicho. El parto en sí está dividido en tres fases: la fase de dilatación, la fase de expulsión y la fase de alumbramiento.

El parto puede producirse por vía vaginal (en este caso también puede ser requerido el uso de instrumental como fórceps, ventosas o espátulas) o por cesárea, que consiste en una incisión en el abdomen y en el útero para poder extraer el feto (puede estar ya programada por indicación médica o desarrollarse durante el transcurso del parto).

2 Objetivos

- Conocer cómo técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que trabajan en el área de partos el procedimiento de acogida de una mujer gestante en un paritario.
- Describir el material necesario en el paritario.

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 primer paso a la llegada de la mujer gestante al paritario la matrona y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería informarán del funcionamiento de la unidad a la paciente y su acompañante, así como del proceso de dilatación y parto, ayudando a resolver todas las dudas que puedan plantearse. Antes de la llegada de la gestante la TCAE comprobará que el paritario esté limpio, recogido y provisto de todo el material necesario, así como del correcto funcionamiento de todo el equipo técnico (cuna, aspirador, pesa).

Una vez que llegue a la unidad se presentarán a la gestante y su acompañante tratándolos por su nombre con respeto y cercanía, le entregarán un camisón,

gorro y calzas y le indicarán dónde está el baño y dónde puede dejar sus pertenencias. Se le indicará que es necesario retirar cualquier objeto metálico (pendientes, pulseras, piercing, anillo) y entregárselos al acompañante.

Se le ofrecerá así mismo unas calzas al acompañante y se indicará al resto de familiares donde está situada la sala de espera. Se enseñará a ambos el funcionamiento de lo necesario en la habitación y se indicará donde está situado el timbre de aviso.

La matrona explicará mientras tanto el proceso del parto de forma comprensible para la paciente y su acompañante, dando la información necesaria y resolviendo las posibles dudas.

Es importante crear un ambiente relajado, de forma acogedora para que la paciente se sienta segura, con poco ruido, luz baja, una temperatura adecuada y proporcionándoles la intimidad y el respeto necesarios durante todo el proceso. La TCAE colocará a la paciente una pulsera identificativa con sus datos personales comprobando que los datos estén correctos, ayudando a la matrona en los procesos de toma de constantes, recogida de datos necesarios y en las exploraciones vaginales pertinentes para poder valorar la fase del parto en la que se encuentra la gestante.

En caso de que la valoración inicial de la gestante se encontrase fuera de la normalidad o en caso de necesitar una valoración complementaria del ginecólogo la matrona indicará que se proceda a dar aviso al ginecólogo para que acuda a la unidad a valorar a la paciente.

El material necesario durante este procedimiento para la gestante y su acompañante será: un camisón con abertura en la parte de atrás, empapador, agua, vasos, bolsas de plástico para la ropa, compresas tocológicas, braguitas desechables, pulsera identificativa del paciente, bata desechable, calzas, gorro. Como material necesario para registrar la actividad se necesitará la historia obstétrica de la gestante y el formulario de ingreso para el registro de datos. Como equipo técnico para desarrollar la actividad será necesario un monitor cardiotocográfico, una cama obstétrica, pelota de Pilates, instrumental quirúrgico, material fungible, silla o sillón para el acompañante, una cuna y un monitor para el registro de las constantes maternas.

5 Discusión-Conclusión

Se han redactado los procesos necesarios para acomodar a la gestante y a su acompañante en el medio hospitalario de una forma segura y eficaz. Es importante que el TCAE conozca sus funciones en el paritario y logre reducir la ansiedad de

la gestante proporcionándole información y un ambiente adecuado, dando una atención personalizada, respetuosa e íntima, conociendo los deseos, expectativas que tienen relacionados con el proceso de nacimiento del recién nacido.

Han de comprobarse que los datos de la historia obstétrica coinciden con los datos aportados por la gestante y que la pulsera identificativa coincide con los datos de la paciente. Se indicará siempre a la paciente y su acompañante las normas existentes en la unidad así como dónde encontrar el servicio y el timbre de aviso para cualquier problema que pudiera surgir.

6 Bibliografía

1. El TCAE en la unidad de neonatología-26 junio, 2019- disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatologia/2/>.
2. La labor del auxiliar de enfermería en un parto- 3 junio 2019- disponible en <https://www.fp-santagema.es/la-labor-del-auxiliar-de-enfermeria-en-unparto/>.
3. Actividad de la auxiliar de enfermería en partos- hospital universitario central de Asturias- 11/12/2010- disponible en <https://docplayer.es/5434781-Actividad-de-la-auxiliar-de-enfermeria-en-partos.html>.

Capítulo 144

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

1 Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que provoca la distorsión de los pensamientos y puede provocar conductas agresivas y violentas. No se conocen las causas que la provocan, pero se cree que los factores genéticos son determinantes para su aparición.

Los síntomas son múltiples y graduales con el paso del tiempo, se engloban dentro de los trastornos psicóticos, los pacientes pierden el contacto con la realidad como resultado de una alteración en la zona cerebral que controla el comportamiento y el pensamiento coherente.

Los más característicos son la pérdida de relaciones sociales, apatía, delirios y alucinaciones. También alteraciones del lenguaje, las emociones, la percepción y la conducta.

La esquizofrenia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afecta a 21 millones de personas en el mundo, con un 1 % de prevalencia. En general puede afectar en la vida de las personas, sus rutinas, estudios, trabajo, familia, etc. Conllevando un riesgo alto de estigmatización, discriminación y violación de los derechos humanos de estas personas; pudiendo limitar el acceso a la atención sanitaria general, la educación, la vivienda y el empleo.

La institucionalización de estas personas es muy frecuente y por periodos de duración bastante largos.

Más del 50 % de los esquizofrénicos no están recibiendo una atención apropiada. El 90 % de los esquizofrénicos que no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja. La falta de acceso a servicios de salud mental y el que las personas con esquizofrenia son menos propensas a solicitar asistencia que el resto de la población, supone un gran problema para poder ser tratadas.

2 Objetivos

- Indicar la sintomatología de la esquizofrenia, tanto aguda como residual.
- Describir el concepto de la independencia de la persona para una mejor reinserción social y calidad de vida.

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 esquizofrenia es el resultado de la interacción de numerosos factores. La teoría actual en que se basan los científicos sugiere una alteración en el desarrollo del sistema nervioso central, ya desde la vida prenatal, que podría explicar el funcionamiento anómalo posterior.

Los factores de riesgo que predisponer a la enfermedad son:

- La genética, siendo más frecuente entre los familiares de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad. Predispone el desarrollo de la enfermedad, aunque no es determinante.
- Alteraciones en el embarazo o nacimiento: anoxia (falta de oxígeno en el feto durante el embarazo o parto), infecciones víricas, traumatismos, etc.
- Alteraciones morfológicas, funcionales y/o bioquímicas en el cerebro; el consumo de tóxicos y la exposición a situaciones estresantes ambientales. Están especialmente involucrados dos neurotransmisores la dopamina y la serotonina.
- Edad avanzada del padre.
- Consumo de drogas psicotrópicas y psicoactivas.
- Aumento de la activación del sistema inmunitario.

La sintomatología que se puede presentar se divide en dos grupos:

- Síntomas positivos: comportamientos adicionales a los típicos de las personas sanas. La persona no es consciente de la enfermedad, por lo que contraponerse a sus ideas es contraproducente. Destacan:
 - Ideas delirantes: creencias personales que tiene el paciente, el cual cree con total convencimiento que están sucediendo, cuando no es así: ideas delirantes, persecución, que es una persona elegida por dios, que todo el mundo lo observa...
 - Alucinaciones: percepciones sensoriales que el enfermo tiene sin que exista un estímulo. Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas (oír voces cuando nadie está hablando), aunque también pueden ser visuales, gustativas...
 - Desorganización del pensamiento: incapacidad de organizar un pensamiento coherente, de manera que en muchas ocasiones el lenguaje resultará incoherente y carente de sentido.
 - Alteraciones de la conducta: pueden aparecer conductas extravagantes, sin ninguna finalidad clara.
- Síntomas negativos: son más difíciles de detectar porque en un primer momento no llaman la atención, ya que son comportamientos que desaparecen o disminuyen en el comportamiento normal de las personas. Destacan:
 - Afecto embotado: empobrecimiento de la expresión y sentimientos. Pobreza afectiva, habla monótona sin cambios entono ni volumen y ausencia de inflexiones vocales.
 - Alogia: pensamiento vacío, rígido y lento por la baja calidad del lenguaje y respuestas lentas y de larga duración con contenido pobre.
 - Abulia y apatía: pérdida de voluntad e interés para tomar decisiones. Se manifiesta en abandono de la higiene, proyectos y ausencia de iniciativa.

- Anhedonia y retraimiento en las relaciones sociales: incapacidad de experimentar placer y así evitan las relaciones sociales.

Hay diferentes tipos de esquizofrenia:

- Esquizofrenia catatónica: se caracteriza por las graves alteraciones psicomotoras. Puede presentar inmovilidad, rigidez cética (músculos tensos de manera que parece una figura de cera), la incapacidad de hablar, la adopción de posturas extrañas estando en pie o en el suelo, alteraciones en la consciencia y otras alteraciones como el mutismo, el estupor y la mirada fija, alternando estos síntomas de tipo negativo con otros como la agitación.

- Esquizofrenia paranoide: alteración en las funciones psíquicas, manía persecutoria, creencia de que otras personas quieren hacernos daño en el presente o en un futuro, alucinaciones auditivas y delirios. Los delirios de grandeza de las personas megalómanas, también pueden hacer su aparición aquí.

- Esquizofrenia simple: no hay tantos síntomas positivos, y sí más síntomas negativos. Se caracteriza por los procesos mentales que se ven disminuidos, y no tanto por los excesos inusuales de actividad mental. Se muestran muchas inhibiciones, aplanamiento afectivo y poca comunicación verbal y no verbal.

- Esquizofrenia residual: se da cuando se ha pasado un brote esquizofrénico, pero quedan síntomas positivos moderados y de baja intensidad, sin embargo llama más la atención los “restos” de síntomas negativos que han quedado. Así pues, es muy importante tener en cuenta el factor tiempo y realizar comparaciones entre el antes y el después para diferenciar este tipo de esquizofrenia.

- Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica: su característica principal es el modo desordenado en el que van sucediendo las acciones. Déficits psicológicos por encima de las alucinaciones y los delirios, es decir síntomas negativos por encima de los positivos, pero de manera desorganizada en el tiempo.

- Esquizofrenia indiferenciada: “cajón desastre”, para poder clasificar aquellos casos que no encajan en los criterios diagnósticos del resto de esquizofrenias.

Por ello, no se puede considerar un tipo de esquizofrenia consistente.

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia es de por vida, incluso cuando los síntomas desaparecen. El objetivo del tratamiento con antipsicóticos es controlar los signos y síntomas de manera eficaz con la dosis más baja posible.

El psiquiatra puede probar diferentes medicamentos, distintas dosis o combinaciones con el correr del tiempo a fin de lograr el resultado deseado. Los antidepresivos y ansiolíticos también pueden ser útiles. Hay que tener en cuenta que pueden pasar varias semanas hasta poder observar una mejora en la sintomatología.

También es necesaria terapia psicosocial que puede ayudar a controlar la enfer-

medad. En algunos casos, puede ser necesario un ingreso.

La intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el tratamiento de la esquizofrenia dependerá de la fase evolutiva en que se encuentre la enfermedad.

Las intervenciones en la Fase Aguda de la esquizofrenia son:

- Cuidados físicos: mantener de la hidratación, nutrición e higiene.
- Y asegurar la toma de medicación oral y detectar la aparición de efectos secundarios.
- Ante la aparición de delirios y alucinaciones: orientar al paciente en la realidad, ganar su confianza escuchando sus ideas delirantes, evitar negar o discutir las alteraciones del pensamiento (pero nunca dar a entender que se aceptan), estar el mayor tiempo posible a su lado para transmitirle seguridad, hacerle seguir los horarios de sueño y alimentación, disminuir los estímulos exteriores y asegurar un entorno de seguridad para el paciente.
 - Ante el paciente agitado o con conductas hostiles: sujeción mecánica, mantener la calma y hablarle de forma suave y mantener el contacto visual y atender a sus demandas.
 - Ante el paciente con conductas inhibidas: acompañarle durante periodos regulares, no abrumar con palabras, hacerle cumplir la rutina del servicio, horarios de comidas, etc. y añadir estímulos externos que puedan motivarle: juegos, actividades, etc.

En la Fase Residual de la enfermedad:

- Control de la medicación a nivel ambulatorio, a través de consultas de enfermería.
- Promover la participación en los recursos de Terapia Ocupacional. Crear obligaciones rutinarias para evitar que esté desocupado o que permanezca largas horas encamado.
- Favorecer la reinserción social y el contacto con la gente y con el mundo externo.
- El objetivo general es intentar que el paciente adquiera la máxima independencia para que pueda valerse por sí mismo, tanto socialmente como dentro del ámbito familiar, consiguiendo así la mejor calidad de vida posible.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en pacientes con esquizofrenia tendrán dos fases bien diferenciadas.

La primera controlar el estado físico del paciente y vigilar el estado nutricional y la higiene, así como aparición de conductas violentas características de esta

enfermedad.

La segunda es controlar la medicación.

A la vez, el TCAE procurará la mayor autonomía del paciente, con la finalidad de favorecer su reinserción en el ámbito familiar como en la comunidad; en todas las áreas social, laboral, ocio, sentimental, etc. Y así repercutir en una mayor calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Para todo ello también es importante visibilizar y dar a conocer la enfermedad, como una más, que debidamente tratada pueda integrarse en la sociedad sin estigmas.

6 Bibliografía

1. Revista médica Ocronos. Editorial Científico-Técnica. Guía practica sobre la esquizofrenia para el TCAE en el servicio de salud mental.
2. Revista electrónica de portales.com ISSN 1886-8924 Cuidados de enfermería en la esquizofrenia.
3. Diario independiente de contenido enfermero ISSN 2530-4518.
4. Grupo Paradigma. La enfermería de salud mental y la integración del paciente en la sociedad.

Capítulo 145

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS ENEMAS EN PACIENTES

NASIMA OURTANE LAASRI

MARIA DEL PILAR JIMÉNEZ GARCIA

CONSUELO PERONA MARTÍNEZ

BARBARA DE ARCE SANCHEZ- DEHESA

VIRGINIA POBLETE CANILLAS

1 Introducción

Un enema es una solución que se introduce por el conducto rectal hacia el intestino. Aunque el uso más extendido y reconocido por la sociedad es para aliviar el estreñimiento, lo cierto es que tiene múltiples funciones dependiendo del efecto que queramos conseguir en el paciente.

Principalmente, se utilizan para aliviar el estreñimiento, estimulando el movimiento del intestino y así, vaciando el recto y el colon de heces. También se utilizan para evacuar y limpiar el intestino como preparación a algún procedimiento o prueba diagnóstica como es el caso de partos, exploraciones, cirugías o simplemente una toma de muestra y por último, como vía para la administración

de medicamentos, sustancias nutritivas o sustancias con fines diagnósticos como aquellas que se emplean en los estudios radiológicos del intestino.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el encargado de la preparación de todo el material necesario para la técnica y también de su ejecución, preparando de forma adecuada al paciente tanto física como mentalmente para el procedimiento.

Su papel no es meramente instrumental, sino que debe utilizar sus aptitudes para procurar que el paciente se encuentre lo más cómodo y relajado posible. Todo ello serán factores a favor a la hora de que el resultado del procedimiento sea el perseguido a priori.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de enemas existentes.
- Conocer la técnica que utiliza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la administración de enemas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisada.

4 Resultados

Según el efecto que queramos conseguir, podemos clasificar los enemas en dos tipos:

- Los enemas de limpieza o de evacuación. Se administran con el fin de vaciar de heces, el recto y el intestino. Existen multitud de preparados comerciales en el mercado, aunque también se pueden preparar manualmente. Según su composición, pueden ser de agua jabonosa, salinos, de agua con aceite que favorece la lubricación, agua y glicerina, etcétera. Los que son preparados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no deben exceder de entre 500 y 1500 ml. Los comerciales suelen precisar una cantidad menor, no superior a 250 ml para un adulto.

Es conveniente vigilar la temperatura de las soluciones, que debe rondar los 37 °C, nunca debe ser superior para no producir lesiones en el intestino.

- Los enemas de retención a diferencia de los anteriores, precisan para su correcta actuación que el paciente lo retenga aproximadamente durante 30 minutos, ya que si el tiempo fuera menor, las sustancias que los componen no actuarían.

Con estos enemas no se busca la evacuación, sino que el intestino esté en contacto el mayor tiempo posible con la sustancia introducida para que ésta desarrolle su acción. Pueden ser fármacos para los casos en los que el paciente no puede recibir medicación por otra vía o es la mejor para su absorción, sustancias alimenticias o como en el caso de los enemas abrigados sustancias que se emplean en estudios radiológicos de tipo intestinal.

El TCAE será el encargado de preparar todo el material necesario según el tipo de enema a administrar y también debe preparar al paciente para su administración, explicándole en todo momento lo que se le va a realizar y fomentando la cooperación por parte de este. Todo el procedimiento será supervisado por la enfermera.

Cuando todo el material necesario esté preparado el TCAE se encargará de proporcionar intimidad y privacidad al paciente. Procurará que el paciente esté relajado y cómodo y se le explicará en todo momento lo que se le va a realizar. Una vez que el paciente esté colocado en la posición adecuada (sims), se introducirá la cánula por el orificio rectal de forma suave y lenta y se procederá a la introducción del enema. Se debe vigilar la velocidad con la que se introduce la solución ya que si es demasiado rápida puede provocar cólicos en el paciente. Una vez terminado, se retira la cánula y se le indica al paciente el tiempo que debe retener la solución según el fin que se persiga. Una vez defecando, se recoge todo el material y se asea al paciente proporcionándole tranquilidad y se le devuelve a la posición en la que éste se encuentre más cómodo.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel muy importante a la hora de suministrar un enema. No solo porque es clave en que la preparación de todo el material necesario sea la correcta, sino porque ante una técnica que a priori es desagradable para el paciente, actuará proporcionándole un ambiente confortable, seguridad y tranquilidad que influirán de forma positiva en el paciente.

Se procurará que el paciente esté lo más relajado posible, cosa que facilitará en gran medida el proceso y proporcionará un resultado óptimo del procedimiento.

Además, contribuirá, cuando todo pase a que el paciente alcance el mayor estado de bienestar posible, proporcionándole un nivel de higiene adecuado, consejos para una óptima recuperación y tranquilizándolo en todo momento. Finalizamos, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Auxiliar de enfermería editorial Mad. Atención y cuidados del paciente en relación con las necesidades de eliminación. Luís Silva García. Manuel Alés Reina. Rocío Clavijo Gamero.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 146

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y RELACIÓN CON EL PACIENTE QUE ES HIPOCONDRÍACO

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

1 Introducción

Los pacientes que pueden llegar a encontrar el TCAE en una unidad de hospitalización o centro de salud, van a ser muy diversos. Va a encontrar pacientes muy sufridos los cuales no hablan por no molestar y estos son los que suelen estar con dolor o mucha afectación de alguna patología. Otro tipo de pacientes son los que van a mostrar emocionalmente que están mal con lo que necesitan ayuda a nivel físico y psicológico seguramente. Y otro tipo de pacientes es aquel que presenta hipocondría y debido a la información de redes sociales e internet se automedica. Las personas hipocondríacas están constantemente preocupadas por su salud y experimentan cualquier cambio de su estado físico como un posible drama. De hecho, está constantemente aterrorizado ante la idea de contraer o padecer alguna enfermedad grave.

Generalmente los pacientes que son hipocondriacos, suelen ser personas que presentan alguna patología mental, incluso a veces están sin diagnosticar.

Los pacientes que presentan hipocondría interpretan los signos o síntomas fisiológicos básicos del cuerpo, y los utiliza como argumento para demostrar que padece alguna enfermedad. No obstante, las pruebas y exploraciones médicas siempre son negativas, y no se encuentra el origen orgánico de esa supuesta “patología”.

2 Objetivos

Describir qué tipo de relación va a poder entablar el TCAE con un paciente que presenta una patología de hipocondría.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre la intervención o manejo de un paciente que presenta hipocondría.

Palabras clave: cuidados, anorexia, patología y alimento.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica o tema escogido , se han podido incluir artículos que nos indican e informan qué tipo de cuidados o relación va a poder entablar el TCAE con un paciente que presenta hipocondría.
- En el primer momento el TCAE debe conocer que este tipo de pacientes son desconfiados y no va a fiarse de nada que le diga el médico , ya que los resultados dan negativo pero el paciente insiste en que está enfermo.
- Estos pacientes también van a padecer un síntoma cognitivo ya que creen a ciencia cierta que están enfermos y que nadie les quiere ayudar.
- Algún artículo encontrado indica que algunos pacientes pueden ser hipocondríacos por haber padecido una enfermedad anterior. Con lo cual el TCAE mantendrá una relación de empatía pues tiene que entender que esta patología de hipocondría puede ser incluso debido a un estrés postraumático de la anterior enfermedad. Es importante que el TCAE ayude al paciente a darse cuenta de que

no está enfermo. Es difícil ya que el paciente está angustiado y no quiere ver más que lo que él dice. El TCAE tendrá paciencia para hablar con él y escucharle, no obligarle a tomar decisiones ni a debatirle que es mentira. El se cree que está enfermo y nadie va a poder cambiar su opinión en un principio.

- El TCAE debe conseguir que el paciente se sienta comprendido, una vez que esté conforme en que le vamos a ayudar es donde se puede comenzar una terapia de sensaciones o expresiones.
- El TCAE debe intentar pactar con el paciente para que acuda al centro de salud y no a los servicios de urgencias para evitar el colapso de estas. También debe intentar calmar la ansiedad del paciente con hipocondría.

5 Discusión-Conclusión

Este tema es uno de los más conocidos ya que en la actualidad sí que existen muchas personas que padecen esta patología.

Se ha utilizado un lenguaje claro para que el lector entienda que la labor del TCAE es la de calmar, escuchar y ayudar a este tipo de pacientes. Es un trabajo duro ya que no es fácil llevarlos a un terreno que queremos para después poder ayudarlos.

En otros casos no funciona ni la terapia ni la ayuda con lo cual se lleva a cabo con fármacos, aunque para llegar a esta situación primero se han de probar las actuaciones que se han comentado en nuestros resultados.

6 Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico.
2. Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. Gea A. Trastornos psicósomáticos. Manual Merck de información médica para el hogar. Sección 7. Capítulo 81.
3. Fernández C, Fernández R. Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema* 2001; 13 (3): 407-18.

Capítulo 147

CONOCIMIENTOS SOBRE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

1 Introducción

Las personas obesas en las que corre riesgo su salud en ocasiones les proponen una cirugía bariátrica la cual va a reducir su peso y mejorar su salud.

En la actualidad la patología de la obesidad es considerada como una epidemia, debido a las comidas y malos hábitos de vida, el sedentarismo y la falta de ejercicio físico.

Podemos definir la obesidad como que es una enfermedad crónica, progresiva, que afecta aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida de un individuo. Se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, de un incremento de la mortalidad y de una disminución de la calidad de vida.

Las enfermedades de obesidad dan lugar a otras patologías que derivan de esta como hipertensión, diabetes, apnea obstructiva, cardiovasculares, etc.

Esta enfermedad es una patología que puede ser prevenible y previsible dependiendo de los tipos de calidad de vida, alimentación etc.

Cuando los tratamientos convencionales han fracasado, y las personas intentan mejorar su calidad de vida y se les ve que están intentando realizarlo, la cirugía bariátrica se convierte en el patrón de referencia y curación para el tratamiento de los pacientes con obesidad mórbida a medio – largo plazo.

2 Objetivos

Describir qué tipo de conocimientos va a tener el TCAE y qué ayuda o cuidados va a poder realizar al paciente que ha sido intervenido por una cirugía bariátrica.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento del TCAE sobre la cirugía bariátrica.

Palabras clave: cirugía, abdomen, formación y conocimiento.

4 Resultados

- En el tema que se ha escogido para la revisión bibliográfica es algo que se seleccionó para incluir artículos en los que nos destacan que información o cuidados tiene el TCAE sobre el tema de la cirugía bariátrica.
- El TCAE debe conocer que el o la paciente que ha realizado la cirugía bariátrica va a tener que cambiar el estilo de vida y como no va a tener la sensación del ritmo intestinal va a cambiar por completo. La ingesta de alimentos va a ser diferente en cuestión de que debe cambiar la alimentación sobre todo los primeros días. Estos días se administrarán tras la cirugía bariátrica solo líquidos y una cantidad limitada. Después de unas semanas se introducirán purés y alimentos blandos los cuales serán de fácil digestión para hacer que el aparato digestivo vaya adaptándose a su nueva vida.
- También durante la primera etapa puede aparecer sintomatología de salud mental, como ansiedad, depresión. Pero también depende de su personalidad, en otras

situaciones la paciente va a generar una alegría que va a notarse debido a que todo va a ser positivo o beneficioso.

- El TCAE va a fomentar consejos de cómo tendrá que realizar la paciente, tras la estabilidad y equilibrio de esa alimentación, un ejercicio físico que comenzará lentamente y avanzará a medida que la paciente vaya perdiendo el peso y se vaya sintiendo más ligera.
- También se han podido encontrar artículos en los que el TCAE debe conocer la importancia del preoperatorio y postoperatorio. Pues el estado de ansiedad va a depender mucho de todo esto.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es uno de los profesionales sanitarios que debe formarse si trabaja en la unidad de cirugía bariátrica. También debe conocer todos los síntomas tanto a nivel de preoperatorio como después de haber realizado la operación de la cirugía bariátrica.

Es un tema que como se ha podido ver en nuestros resultados es lenta por lo que su cuerpo su aparato digestivo va a tener que comenzar una vida nueva como la paciente. En este caso va a tener que cambiar todo lo relacionado con su vida nueva y el cambio de hábitos de vida. También va a afectar a la imagen corporal.

6 Bibliografía

1. Dunham M. Cuidados enfermeros en los pacientes intervenidos mediante cirugía bariátrica. Nursing. 2014;31(4):38-45.
2. Neff KJ, Olbers T, le Roux CW. Bariatric surgery: the challenges with candidate selection, individualizing treatment and clinical outcomes. BMC Medicine. 2013;11(1):8.

Capítulo 148

FUNCIONES DEL TCAE Y LOS VALORES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA DE LOS ANGELES MONTES MENA

ANTONIA SERRANO SERRANO

MARIA DEL CARMEN OLMO GARCIA

YOLANDA RUIZ BUITRAGO

1 Introducción

El arte de cuidar es algo que viene de los tiempos ancestros. Es un arte que lo realiza uno mismo autónomamente, y en ocasiones por los demás, sin importar la cultura, raza e independiente si es hombre o mujer.

El profesional sanitario , por definición, es una profesión que dirige su actividad a las personas, prestando cuidados a aquellos que lo necesitan sin importar su origen, sus creencias o sus valores; a procurar el bienestar de personas con una salud frágil, que les falta la fuerza, los conocimientos o la voluntad para atender a su propia salud y que, principalmente, se encuentran en un momento vulnerable de sus vidas por ejemplo en el momento que se encuentran hospitalizados.

El profesional sanitario incluyendo al TCAE debe conocer y asegurar los valores y creencias del paciente que tienen a su cargo. Respetar sus derechos y deseos dentro de lo que este en las manos del profesional sanitario y lo que puedan. Este

tipo de trabajo o funciones laborales se realizarán sin juzgar al paciente y siempre que sea posible.

El paciente puede conocerse como un ser vulnerable que está en una situación y vivencia compleja que le hace sentir solo, en soledad y aislamiento de sus seres queridos.

2 Objetivos

Determinar que se cumplan los derechos , valores de un paciente hospitalizado por parte de la categoría del TCAE. Ante todo promover los principios de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento sobre los cuidados que puede ofrecer el TCAE para poder cumplir los derechos y valores del paciente hospitalizado.

Palabras clave: cuidados, formación, valores y derechos.

4 Resultados

- Es un tema que hemos realizado una revisión bibliográfica, en el que hemos podido añadir e incluir artículos y textos en el que nos indican que tipo de cuidados o como realizar el arte de cuidar y respetar al paciente hospitalizado.
- Se ha de conocer que el TCAE puede ser un profesional que puede influir en la comunicación verbal y no verbal sobre el paciente. Es importante conocer que el paciente que ingresa en una unidad de hospitalización va a encontrarse confundido, solo etc.
- Es importante que el TCAE conozca también que una vez que el paciente ingresa en una unidad de hospitalización se siente despersonalizado, pues pierde su autonomía en cierta parte.
- En algunas ocasiones el TCAE olvida los valores de el paciente pues debido a la carga de trabajo y el poco tiempo que puede llegar a dedicar a los pacientes.

- El TCAE aplicara la ayuda de esos valores siempre que sea posible y en ayuda a las actividades de la vida diaria, como aseo, administración de la comida, nunca obligando si no siempre que sea posible y ayudándole en todo lo que se pueda.
- El TCAE debe cumplir los principios de ben eficiencia justicia, autonomía, no maleficencia.
- El Profesional sanitario es algo que necesita conocer que son los derechos y valores para poder aplicarlos y enseñar al paciente cuales son estos.
- En cada unidad hospitalaria debe de haber un documento que explique que tipo de derechos tiene el paciente hospitalizado para poder en caso de que el paciente lo pida poder administraselo.
- La determinación de cumplir estos principios, valores y derechos es algo no solo del TCAE si no también del resto del personal que ocupa el puesto en esa unidad de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

En el tema que nos lleva a la cuestión de que hay que emplear los valores siempre que sea posible y dentro de unos limites para ayudar a que el paciente no se encuentre solo, aislado por haber perdido su personalidad dentro de una unidad de hospitalización.

Es un tema que debería ser dado que en la formación que se realiza para obtener el título de TCAE deberían incluir la asignatura de valores, en la cual ya nos indiquen que tipo de valores pueden aportar a el paciente.

ES un tema muy complejo y completo que se debería instaurar en todas las unidades de hospitalización para y por el paciente.

6 Bibliografía

1. Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, Ponce C, Martínez RM. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. Revista Enfermería del Trabajo. 2018. 8; 1: 18-26.
2. Capará Roca N. La humanización de los cuidados de enfermería. Una visión antropológica. En Labor Hospitalaria; 2009. p. 35-40.
3. González Juárez L. et al. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. CONAMED, Suplemento de Enfermería. 3 de noviembre de 2009; 40.

Capítulo 149

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

DAVID RAMOS GARCÍA

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

MARTA GIL CRUZ

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas infecciones que se producen cuando un individuo se encuentra ingresado en el recinto hospitalario o inmediatamente después de haber sido dado de alta. Este tipo de infecciones están ligados al ingreso en la unidad de hospitalización y a los procedimientos a los que se ha sido sometido durante la estancia en la misma.

Las Infecciones Nosocomiales suponen un problema muy importante para la salud pública en los países desarrollados, siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad que ocasiona costes económicos elevados, de ahí que sea fundamental su prevención.

Cualquier paciente es candidato a padecer una infección nosocomial cuando es ingresado, pero además existen otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que un paciente padezca una infección en un ingreso hospitalario.

Muchas infecciones son causadas por la colocación de sondas, catéteres, endoscopias, biopsias, cirugías, etc. Las cuales puedan hacer más accesible la entrada de bacterias en el cuerpo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe vigilar estrechamente el cambio de guantes de un paciente a otro y la realización de un lavado higiénico de manos, de esta manera se evita que se produzcan la proliferación de las bacterias dentro de la unidad. De esta manera se evita que se peguen a los pacientes, familiares y a los propios compañeros.

2 Objetivos

Dar a conocer al personal Técnico en cuidados auxiliares de enfermería la importancia de la prevención de las infecciones nosocomiales, destacando el papel del lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes páginas médicas y se han seleccionado artículos científicos de diferentes revistas académicas, así como la consulta de las principales bases de datos como son Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliar de enfermería debe conocer las principales infecciones nosocomiales que se producen en el entorno hospitalario y las posibilidades de evitarlas.

Las infecciones en las vías respiratorias, en vías urinarias, infecciones quirúrgicas y bacterianas, son las más frecuentes que afectan a los pacientes hospitalizados.

- Las infecciones en vías respiratorias: La neumonía que suele ser de carácter grave, suele producirse en personas que presentan dificultades respiratorias y necesitan algún tipo de dispositivo para respirar.
- Las infecciones cutáneas: sus principales síntomas son rojeces, irritación, secreciones, ampollas, hinchazón de la zona, etc.
- Las infecciones urinarias, que suelen ser producto de la colocación de un sondaje y cursan con dolor o escozor al orinar, fiebre, dolor abdominal, etc.

Y las infecciones de la sangre: como puede ser la septicemia, que reviste de una gran gravedad y si no es tratada a tiempo puede provocar fallos a nivel multi-orgánico e incluso causar la muerte del paciente.

Existen 2 factores de riesgo:

- Factores de riesgo intrínsecos: Dificiles de modificar, ya que son inherentes al propio paciente. Están relacionados con las características fisiológicas del paciente, su edad, sexo, estilo de vida, etc.
- Factores de riesgo extrínsecos: Se derivan directamente del proceso asistencial, son factores exógenos y relacionados con aspectos médicos. Aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas y tratamientos con antibióticos o fármacos inmunodepresores.

El lavado de manos es una medida simple pero muy útil para reducir las infecciones nosocomiales. Este debe realizarse:

- Al comenzar la jornada laboral y a la salida.
- Antes y después de manipular heridas quirúrgicas o traumáticas.
- Antes de la realización de técnicas invasivas.
- Tras un estornudo, golpe de tos y antes de comer.
- Siempre que se entre en contacto con secreciones.
- Tras atender a pacientes infecciosos.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal hospitalario es fundamental en el control de aparición de infecciones nosocomiales, la correcta higiene de manos, limpieza y esterilización de instrumental, el correcto aseo y mantenimiento de material del paciente, son algunas de las tareas que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar y que influirá en el desarrollo de estas enfermedades y en su transmisión. Siempre debemos de lavarnos las manos, y llevar una higiene adecuada cuando estemos trabajando con los pacientes, existen muchos tipos de infección las cuales son transmitidas por un mal lavado de manos. El gesto de lavarse las manos es una garantía de prevención de la infección.

6 Bibliografía

1. <https://gacetamedica.com/>.
2. www.scielo.org.

Capítulo 150

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DAVID RAMOS GARCÍA

MARTA GIL CRUZ

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

1 Introducción

Los centros de salud son el nivel básico de la atención primaria. Se caracterizan por su accesibilidad y la capacidad para abordar íntegramente los problemas de salud más frecuentes y se suele prestar mayoritariamente, en los ambulatorios.

La atención primaria es capaz de proveer servicios de mucha complejidad y calidad, es capaz de conjugar la centralidad del paciente con su contextualización comunitaria, de manera continuada en el tiempo y con un rol de unión entre los diferentes dispositivos con los que el paciente entra en contacto.

La función principal del puesto de trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería va a ser proporcionar atención al paciente o usuario mediante la prestación de cuidados de enfermería de máxima calidad y seguridad para el

paciente, realizando las actividades o técnicas propias de los profesionales de enfermería en un centro de atención primaria, aunque muchas veces esas funciones van a variar dependiendo del centro.

Las funciones de la categoría estatutaria de Auxiliar de Enfermería vienen reguladas en los artículos 74 al 85 de la Orden de 26 de abril de 1973 en la que se aprueba el Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

2 Objetivos

Saber las diversas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en Atención Primaria y mostrar la importancia del trabajo en los centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed y Scielo. También se ha realizado una búsqueda en la página Google.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de salud forma parte de los profesionales que lo componen: médicos, pediatras, enfermeros, personal administrativo, celadores y personal no sanitario. Todos trabajan en equipo aunque cada uno tiene sus propias funciones. Las del auxiliar de enfermería son:

- Abastecer los medicamentos, material fungible y el instrumental necesario para la atención primaria: recuento de existencias, realizar pedidos, pedir materiales especiales y colocarlos.
- Revisar y reponer medicamentos, material fungible e instrumental necesario para la atención primaria: reponer medicación y material fungible en urgencias, mantenimiento de los carros de urgencias colocando el material y revisarlos periódicamente.
- Recepción, control de temperatura y colocar las vacunas en la nevera.
- Mantenimiento de los aparatos (aerosoles, botellas de oxígeno).
- Desinfectar y esterilizar el material e instrumental sanitario.
- Mantener una buena gestión de los residuos.

- Participar en el proceso de los análisis clínicos con los otros miembros del equipo sanitario: Información y entrega del material para las pruebas de los análisis clínicos y preparar las analíticas domiciliarias y de residencias, recogida de muestras: preparar tubos, etiquetas, codificación y registro.
- Colaborar en los procesos asistenciales: apoyo en curas, sondajes, suturas y técnicas diagnósticas. También apoyo en atención domiciliaria.
- Apoyo en la instrumentalización con los equipos de salud bucodental.
- Colaborar en las actividades de prevención y promoción de la salud.
- Participar en otras actividades acordadas por los equipos de los centros de salud.
- Participar en las actividades formativas del centro de salud.

Como vemos, son variadas y numerosas las funciones a realizar por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Los auxiliares de enfermería no solo desempeñan funciones meramente sanitarias asistiendo al paciente y ayudándolo, sino que también colaboran con el equipo de enfermería y el facultativo, también apoyan al equipo administrativo, en caso de que no hubiese celador, también asumirían las labores de este.

5 Discusión-Conclusión

La atención primaria es el primer nivel del sistema de salud y presta atención integral a las familias dentro de una comunidad y dentro de su área sanitaria.

La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria es fundamental puesto que su labor ayuda a las tareas del resto de personal del servicio y da apoyo en los momentos más necesarios al personal médico y de Enfermería.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe poner de su parte y comprometerse con la organización mostrando siempre una posición activa. Si se tiene una autoestima positiva va a facilitar el trabajo y la relación con los demás.

6 Bibliografía

1. www.logoss.net.
2. www.scielo.org.

Capítulo 151

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

DAVID RAMOS GARCÍA

MARTA GIL CRUZ

MARIA MAGDALENA CRUZ DIAZ

LOURDES MARIANA MUÑOZ VALVERDE

PILAR IBÁÑEZ PASTOR

1 Introducción

El concepto de violencia de género según las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer define la violencia como “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada.”

El hospital debe tener un protocolo para actuar en estos casos. Estos pacientes tienen daños psicológicos muy fuertes, por lo que lo más adecuado es aislarlos en una habitación aparte para que estén más seguros. Es preferible que sean mujeres

las que atiendan a los pacientes en la medida de lo posible, ya que algunas de estas sitien un rechazo hacia estos, debido a las situaciones vividas anteriormente. Hay variedad de especialidades que intervienen en estos casos: de manera directa como son: enfermeras, médicos, celadores, psicólogos, trabajadores sociales y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Una vez se confirma las sospechas también existe una intervención del médico judicial, un juez y la policía. El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de coordinarse con los demás sanitarios y no sanitarios para tratar a la paciente y es necesario que toda persona que tenga contacto con el paciente debe conocer su situación.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las personas que intervienen en estos casos y conocer el protocolo de actuación.

3 Metodología

Para la elaboración de 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 y Scielo.

4 Resultados

La violencia de género además de ser un problema de salud pública, es un problema que se produce en todas las sociedades, por lo que puede considerarse universal. También, la violencia de género es una causa de la desigualdad, pues les impide disfrutar de sus derechos, por lo que la calidad de vida de las víctimas resulta disminuida.

El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería se puede encontrar diferentes situaciones:

- La víctima acude a urgencias: La víctima viene por su propio pie por urgencias porque presenta lesiones físicas como víctima de violencia de género. Ella puede decirnos cuál es el motivo, en estos casos se activa inmediatamente el protocolo a seguir.
- La víctima acude a urgencias por otro motivo: ella afirma que es por otra causa, como por ejemplo una caída. En estos casos la víctima no alerta al personal y es

el mismo el que se da cuenta de la situación que está viviendo.

- El personal descubre la violencia en pacientes hospitalizados: el personal es el que ve la violencia en primera mano. En estos casos el personal llama inmediatamente a las autoridades que se encargaran del agresor y se activará el protocolo. El protocolo a seguir será:
- Alertar al resto de personal sanitario.
- Que la seguridad del hospital se encargue de que el agresor no pueda acceder a las instalaciones.
- Contactar con la psicóloga para que hable con la víctima.
- Aislar a la paciente para que pueda estar tranquila y sola en una habitación.
- Ya que la víctima está hospitalizada, el personal la acompañara en cada proceso hasta que ésta reciba el alta.

Es de gran importancia destacar que las causas de violencia de género están unidas a la estructura del poder patriarcal y al patrón cultural.

5 Discusión-Conclusión

El personal debe tener todos los conocimientos para poder identificar las situaciones y el conocimiento para tratar a las mujeres. Se debe escuchar a las víctimas y las señales de alerta.

El personal debe estar en total comunicación entre sí para una mejor atención a las pacientes, por eso el personal técnico en cuidados de enfermería es importante que sepa todas las señales ya que pasa la mayoría del tiempo con el paciente.

También hay que tener en cuenta que hay víctimas más vulnerables que otras como pueden ser inmigrantes o discapacitados.

Como hemos visto hay multitud de profesionales que intervienen y cada uno tiene un rol importante para poder atajar esta situación.

6 Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993. www.scielo.org.

Capítulo 152

DRENAJES: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

SANDRA RAMOS LORENZO

CLARA HERRERO FERNANDEZ

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

1 Introducción

Cuando hablamos de drenajes en el terreno de la medicina, nos referimos a la necesidad de extraer un líquido que se acumula, para ello utilizamos distintos dispositivos a los que denominamos drenajes. La función de un drenaje es la de favorecer y asegurar la salida y evacuación de gases y líquidos orgánicos al exterior, generalmente tras una cirugía o por una infección.

Estos dispositivos nos comunican el lugar donde se acumula el líquido con el exterior o un recipiente.

La finalidad de un drenaje es la prevención del acúmulo de líquidos y gases en algunas cavidades del cuerpo, al drenarlos reducimos el riesgo de infección que producen estas sustancias, favorece y promueve la cicatrización de la incisión tras una operación, se consigue en control del volumen y la apariencia del líquido que se ha drenado..

Pero también pueden surgir inconvenientes, como son la posibilidad de entradas de microorganismos dañinos, principalmente si es un sistema abierto, restan

movilidad al paciente al estar enganchados a tubos y colectores, resultan algo molestos. Pero siempre son mejores las ventajas que los inconvenientes. El personal sanitario es el que decide cuando se debe de realizar el drenaje, y el momento de su retirada, cuando hayan cesado las causas.

2 Objetivos

Explicar los distintos tipos de drenajes.

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 libros en las principales bases de datos : Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Normalmente los drenajes se dividen en Pasivos, cuyo evacuación es por capilaridad o gravedad, y Activos, que suelen emplear colectores cerrados que aspiran por presión.

Estos son los distintos tipos de drenajes:

Por capilaridad:

- Filiformes: se utilizan en heridas muy pequeñas. Se coloca un haz de hilos en la herida abierta, y ayudarán a evacuar el líquido.
- Gasa en mecha. Se compone de una tira de gasa, la cual enrollamos y un extremo se coloca dentro de la herida, y el líquido sale por capilaridad a través de la gasa
- Tejadillo: son bandas de latex o silicona con ondulaciones.
- Penrose: consiste en un tubo de caucho, delgado y aplanado, que se inserta en la herida, y drena por capilaridad.

Por gravedad:

- Kher. el tubo de drenaje es en forma de T, normalmente su uso es en cirugía biliar, es estéril y está conectado a un sistema de vacío.
- Pleural: es un drenaje que se coloca en la zona del tórax, en el espacio pleural. Su función es la de evacuar el aire, líquido, sangre, pus de el espacio intratorácico.

- Axion: Es un tubo de silicona de distintos tamaños, que puede insertarse con una sutura
- Robinson: es un tubo de silicona, blando y flexible, muy parecido a una sonda vesical.

Por aspiración:

- Jackson-Pratt. este drenaje está formado por un tubo flexible, conectado a un recipiente en forma de pera de plástico, con un tapón, que hace el drenaje por succión.
- Redón: este tipo de drenaje se constituye de un tubo flexible, que normalmente se inserta con un punto quirúrgico a la zona de la herida, y con diversa perforaciones, y en cuyo extremo hay un recipiente colector, donde existe el vacío, lo que hace aspirar el líquido.
- Blake: es drenaje tiene un extremo con diversas perforaciones, el cual es redondo y con rayas de color.
- Pleur-Evac: este tipo de drenaje se coloca para el tórax,

5 Discusión-Conclusión

En algunas ocasiones se acumulan restos líquidos en cavidades internas que necesitan un mecanismo de evacuación al exterior para evitar posibles infecciones y complicaciones en el organismo. Para ello están indicados los drenajes.

Aquella herida que no es drenada correctamente, no cicatriza como debiera, el líquido provoca dolor y supone un gran riesgo de infección. Al colocar un drenaje facilitamos la cicatrización y hace la cirugía más segura. Debe de observarse minuciosamente el contenido evacuado y el punto de inserción del catéter colector. Los drenajes se indican en abscesos, lesiones traumáticas, profilaxis después de una cirugía, limpieza de cavidades, etc.

6 Bibliografía

1. Drenajes quirúrgicos-Enfermería creativa. <https://enfermeriacreativa.com>.
2. Tipos de drenajes quirúrgicos-Doctor Díaz Gutiérrez <https://doctordiazgutierrez.com>.
3. Auxiliar de enfermería. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. McGraw-Hill. Interamericana de España. S.L.

Capítulo 153

EL PACIENTE CON DISFAGIA Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIHAI MANZAT

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

1 Introducción

El proceso de la deglución se inicia en la boca y acaba cuando los alimentos o bebidas llegan al estómago.

La disfagia es el término médico que se usa para describir el trastorno de la deglución que consiste en la dificultad o imposibilidad absoluta para tragar los alimentos sólidos o líquidos.

En este tipo de pacientes el proceso de deglución puede resultar muy difícil y complicado, pudiendo incluso en los casos más graves tener que llegar a buscar vías alternativas para mantener una nutrición básica en el individuo.

Según donde encontramos la dificultad para tragar los alimentos distinguimos: la disfagia orofaríngea (se origina en la zona de la faringe) o la disfagia esofágica

(donde las las dificultades para tragar el alimento aparecen mientras estos bajan por el esófago).

Las causas de la disfagia pueden ser muy variadas: enfermedades que afectan de forma directa a la faringe o a la cavidad bucal (amigdalitis, faringitis), enfermedades neurológicas (Parkinson, ictus, esclerosis múltiple, derrame cerebral), cáncer y tumores en la zona de la faringe, afectaciones a causa de la radioterapia, divertículos faríngeos, candidiasis, hernias, una mala función del anillo esofágico. Algunas de los principales síntomas son: dificultad para tragar, tos y asfixia durante las comidas, acidez severa y vómitos, ardor de estómago, pérdida de peso, regurgitación, babeo y ronquera al dormir.

2 Objetivos

Conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con los cuidados que necesita un paciente con disfagia.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La atención al paciente con disfagia es una función de todo el equipo de profesionales sanitarios, en específico de los profesionales de enfermería de los que forma parte el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el encargado de realizar los cuidados básicos del paciente durante el transcurso de la enfermedad, entre los que está la ayuda a la nutrición del paciente.

La disfagia tiene un grave impacto en la capacidad funcional del paciente así como en su calidad de vida y su estado de salud.

Este tipo de pacientes pueden llegar a sufrir complicaciones graves como la desnutrición o la deshidratación y la broncoaspiración, que pueden comprometer de forma grave la vida del paciente.

La broncoaspiración debe ser nuestra mayor preocupación que puede ocasionar infecciones respiratorias y neumonías aspiratorias, debido a que los alimentos pasan por las vías respiratorias hacia los pulmones.

Como decíamos el TCAE es el encargado de ayudar al paciente durante las comidas, por lo que debe conocer algunas peculiaridades sobre los tipos de alimentos que pueden resultar peligrosos para esta patología y algunas recomendaciones generales:

- Frutas o verduras con hueso o pepitas.
- Alimentos con fibras que pueden ocasionar atragantamientos.
- Frutas o verduras con mucho jugo.
- Alimentos muy calientes.
- Frutos secos.
- Comidas con dobles texturas (sopas con pan, yogurt con dátiles).
- Pescados con espinas.
- Carne con pequeños huesecillos.
- Condimentos.
- Alimentos muy ácidos o picantes.
- Alimentos muy secos (pan, tostas).
- Líquidos.
- Debemos administrar el agua gelificada junto a las comidas o en su defecto agua con espesante.
- Dejar al paciente con la cabecera elevada después de las comidas.
- Administrar la comida en pequeñas cantidades.
- Evaluar el nivel de conciencia del individuo.
- Hidratar los labios del paciente con vaselina.
- Realizar una correcta higiene bucal del paciente.
- Comprobar que el paciente traga bien los alimentos después de cada cucharada.
- No dar los alimentos con jeringas o pajitas.
- Intentar que las comidas sigan siendo agradables para el paciente.
- Evitar las prisas durante las comidas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería que desempeña sus funciones en un centro hospitalario algunas

cuestiones básicas relacionadas con los cuidados al paciente con disfagia. Hemos podido conocer en que consiste la disfagia, que complicaciones pueden tener, la sintomatología básica, los tipos de disfagia que hay y sus posibles causas. Hemos visto la importancia y el papel fundamental que desarrolla el personal auxiliar de enfermería con este tipo de pacientes, ya que es el encargado de la correcta y adecuada nutrición del individuo, para lo que hemos conocido una serie de recomendaciones básicas acerca de los alimentos peligrosos y que debemos hacer para no ocasionar riesgos en nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://cuidadores.unir.net>
nutrición Cómo dar de comer a una persona con disfagia - Supercuidadores.
2. <https://www.restauracioncolectiva.com...>
¿Cómo abordar la disfagia en los pacientes con infección causada por el ...
3. <https://www.serproen.cl>
Blog ¿Qué es la disfagia? Causas, tipos y tratamiento | Serproen

Capítulo 154

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS MASCARILLAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MIHAI MANZAT

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

1 Introducción

Las mascarillas juegan un papel cada vez más importante en el ámbito sanitario debido a la presencia de infecciones nosocomiales en este ámbito.

Podemos definir las infecciones nosocomiales como todas aquellas adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el periodo de incubación, ni en el momento del ingreso del paciente.

Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del ingreso suelen considerarse nosocomiales.

La infección adquirida no solo representa un daño para la salud del paciente, visitante o trabajador del hospital, sino que también supone un problema debido al costo económico que acarrea para el hospital y el afectado. Una estancia prolongada eleva los costos directos del paciente, la hospitalización, y también

los indirectos, por su ausencia del trabajo. Para el hospital una estadía prolongada también significa recursos, consumibles y espacio que el hospital tiene que disponer para el paciente.

Los diversos estudios ponen de manifiesto que para contraer la infección tienen que estar presentes tres eslabones de la cadena epidemiológica:

- La fuente de infección: es el lugar desde donde se transmite el agente al huésped susceptible; puede ser de naturaleza endógena, del propio paciente, o exógena, de fuera del paciente.
- El huésped susceptible, que sería todo sujeto sano capaz de enfermar. Factores como la edad, el sexo, la profesión, etc, influyen en la susceptibilidad.
- Por último se necesitaría un mecanismo de transmisión, que comprende los medios que facilitan el contacto entre el agente causal y el individuo susceptible. Podría ser directo, en el que no habría intermediarios en el contacto o indirecto, en el que existiría un vehículo entre la fuente de infección y la persona susceptible.

La importancia de las infecciones hizo que se tomaran precauciones para evitarlas, y estas precauciones serán distintas según lo que marque el protocolo en cada caso. Podemos encontrarnos con precauciones estándar que serían las aplicadas a todos los pacientes como la buena higiene personal, esterilización, desinfección, vacunación etc, y precauciones debidas a la transmisión que se aplicarían a los pacientes infectados o con altas probabilidades de estarlo. Entre estas precauciones encontraríamos: precauciones por contacto tanto directa como indirectamente, en las que el personal se pondrá bata y guantes antes de entrar en la habitación y se los quitará al salir de ella. Por gotículas, en las que el personal llevará la mascarilla siempre que esté dentro de la habitación y la desechará al marcharse. Y por vía aérea en la que también el personal deberá de utilizar mascarilla y se pasará al paciente a una zona de especial tratamiento del aire

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la mascarilla para la salud, informando de las distintas clases de mascarillas que existen.

3 Metodología

En la actualidad cada día hay más estudios y publicaciones en relación a este tema, por lo que para la elaboración del presente artículo se ha llevado a cabo

una investigación consistente en una revisión bibliográfica, 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, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisada

4 Resultados

La eficacia de la mascarilla va relacionada con su correcta colocación, así como a su acierto a la hora de elegir la misma. Podemos encontrarnos varios tipos de mascarillas dependiendo de su capacidad de filtración:

Las FFP3 estarían indicadas en caso de alto riesgo, mientras que las FFP2 se utilizarían en riesgo medio y las quirúrgicas para bajo riesgo.

Se desaconseja el uso de mascarillas con respiraderos o válvulas de exhalación, porque permiten que el aliento escape de la mascarilla sin ser filtrado.

En cuanto a su colocación, las mascarillas deberían cubrir por completo la nariz y la boca y ajustarse firmemente contra los lados de la cara sin formar huecos de forma que al expulsar fuertemente el aire, comprobemos con las manos que no hay fugas, luego se hará una inspiración forzada y miraremos el colapso del PRP. Tan importante como su colocación es su retirada, ya que una técnica incorrecta a la hora de quitársela podrá suponer un riesgo de contagio, por lo que se cogerá la mascarilla por abajo, después los cordones, se quitará y se desechará.

Según los estudios revisados, antes de que se generalizase el uso por la pandemia del Covid-19, aquellos servicios donde los trabajadores por protocolo, usaban las mascarillas, solían en porcentajes cercanos al 97 % estar libres de contagios, es decir, no contraían ningún tipo de infección, mientras que en servicios como Urgencias el porcentaje de personal que contraía algún tipo de infección llega al 11 %.

En este último año hemos podido observar que el uso de las mascarillas, evita en gran medida los contagios, por eso en algunos de los estudios revisados de fechas de publicación más reciente, opinan que en el ámbito hospitalario el uso debería ser obligatorio, tanto para pacientes y familiares, como para los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

El consenso general patente en los múltiples estudios dedicados al tema, en cuanto al uso de la mascarilla para evitar las infecciones, no deja lugar a duda de

la importancia de ésta, sobre todo en el ámbito hospitalario, para proteger tanto a paciente, como a visitas y trabajadores.

Esto, unido a otras medidas como lavado de manos, uso de guantes, desinfección de piel, esterilización de aparatos etc., hace que disminuya el porcentaje de infecciones en el ámbito hospitalario.

Por parte de los servicios de Prevención de Riesgos laborales, se debe dar formación adecuada sobre la utilización de las mascarillas y el beneficio de su uso, de forma que la Salud laboral de los trabajadores no esté expuesta a ningún riesgo biológico.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.com/es>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://www.sciencedirect.com/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 155

LOS CUIDADOS NECESARIOS POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES ONCOLÓGICOS

MIHAI MANZAT

JUDITH FERNÁNDEZ CHOCANO

SARA DOMÍNGUEZ MERINO

KHAWLA BHAYAR MOUTAOUIL

ALMUDENA DEL RÍO CORRAL

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad que se puede originar en cualquier parte del cuerpo y que ocurre cuando las células del organismo crecen de una manera descontrolada, siendo mucho mayor el número de células malignas en relación al número de células normales.

Aún se desconoce la causa por la que se da ésta multiplicación, pero se cree que pueden influir múltiples factores genéticos así como otros factores externos muy diversos, como pueden ser el estilo de vida, medioambiente, exposición a productos químicos, etc.

Cuando esta división celular produce una aglomeración de células o bultos anómalos, aparecen lo que comúnmente conocemos como tumores.

Existen dos tipos de tumores: benignos o malignos.

En el caso del tumor es benigno, las células se multiplican de una manera desproporcionada pero no se extienden a otras zonas del cuerpo. Por lo general, este tipo de tumores no comprometen la vida del paciente, aunque en el caso de que no cese el crecimiento del mismo, la presión puede afectar a órganos que se encuentren cercanos, por lo que la mejor opción suele ser extirparlos.

Por otro lado, cuando hablamos de tumores malignos o lo que se conoce como cáncer, nos estamos refiriendo a que las células que lo forman tienen la capacidad de extenderse a otras áreas del organismo y/o en éstos órganos. Dicha propagación es lo que conocemos como metástasis.

El paciente oncológico está constantemente sometido a cambios importantes, es por ellos que el TCAE debe ofrecerle apoyo tanto a él como a sus familiares, para intentar paliar los efectos que la situación tan delicada produce.

A día de hoy, el cáncer es aún una de las primeras causas de muerte en España, pues sólo el pasado año se registraron 277.234 de casos. En la actualidad en nuestro país existe un 55,3% de probabilidad para superar la enfermedad en el caso de los hombres, y un 61,7% en mujeres, pero en muchos casos, tanto el paciente como su familia son conscientes de que el fin será el fallecimiento. Sólo en España, murieron 277.394 a causa del cáncer durante el 2020, siendo Andalucía la comunidad autónoma donde más decesos se produjeron por esta causa (18.275), seguido por Cataluña con 17.373 casos.

En el otro caso, se encuentra Aragón, siendo la comunidad autónoma donde menos fallecidos hubo a causa del cáncer con 3555, seguido por Asturias, con 3599 casos.

Si nos referimos al género para observar la incidencia de los casos de mortalidad, podemos comprobar que es mucho mayor en el caso de los hombres (61.9%), frente a las mujeres (38.81%).

Por último, si establecemos los porcentajes por edades, podemos observar que el rango en el que más muertes se producen por cáncer es en mayores de 75 años, con un 57.967% del total.

Por otro lado, si observamos un estudio reciente realizado por el observatorio AECC, para visualizar los nuevos casos de cáncer en España, podemos decir que la comunidad autónoma con más nuevos casos, es de nuevo Andalucía, con 46.283 nuevos casos en el último año, mientras que la comunidad autónoma donde menos se han detectado, ha sido la Región de Murcia, con 7.633 casos.

Por otro lado, también podemos ver que en el último año han aparecido muchos más casos en hombres (58.08%) frente a las mujeres, con un 41.92%.

Por último, el número total en España de nuevos casos es de 98.863, siendo otra

vez el rango de edad que más se ve afectado por ello, lo mayores de 75 años, siendo 2170 más.

2 Objetivos

- Definir qué es el cáncer y una realizar una exposición sobre la incidencia del cáncer en España.
- Exponer las características del paciente oncológico, el funcionamiento de los diversos servicios oncológicas así como el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática en libros físicos así como en páginas web especializadas en el asunto, contrastándolas con las principales bases de datos digitales del momento: Scielo y Pubmed.

Se han seleccionado a conciencia los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El paciente oncológico es un paciente especialmente delicado, pues está en un momento de su vida muy duro. Por ello es muy importante que como TCAE conozcamos en profundidad la enfermedad para poder hablar con el paciente y/o sus familiares si así lo desean para tranquilizarles en la medida de lo posible. Es cierto que lo idílico es que las personas que tratan con pacientes oncológicos sean delicadas, amables, empáticas, dulces, y que en todo momento cuiden del bienestar de sus pacientes, así como de los familiares para intentar hacerles pasar su estancia por el hospital lo más agradable posible.

Debemos pensar que éstos pacientes están en sus últimos meses, semanas, días e incluso a veces, horas de vida. Por lo que debemos brindarles nuestro apoyo y procurar que se encuentren cómodos y tengan todo lo necesario para hacer de ese tiempo lo más agradable posible. Es realmente importante que el TCAE conozca el funcionamiento de todos y cada uno de los servicios por los que pasa el paciente.

En un primer momento, es en el servicio de consultas oncológicas donde el TCAE recibe al paciente para tomarle las constantes y peso, y después le acompaña a la consulta del doctor. Se encarga también de recepcionar las llamadas de otros pacientes, preparar las consultas y de recoger los pedidos que el oncólogo prescriba en la farmacia del hospital.

En el hospital de día los pacientes van a recibir los tratamientos de quimioterapia, el técnico los sitúa en sillones o en camillas dependiendo de la situación del enfermo, y el TCAE repondrá las dependencias de ese servicio y se ayudara a la enfermera en lo oportuno.

En la zona de radioterapia el técnico realiza el acompañamiento del enfermo, le ayuda en las tareas que él no pueda realizar, así como la higiene si fuera preciso. Hay casos en los que no es posible mantener al paciente con vida dada la imposibilidad por ejemplo de recurrir a la cirugía, la agresividad de la enfermedad o la ineficacia de los tratamientos, por ejemplo.

En estos casos, existen las unidades de Cuidados Paliativos, donde llega el paciente cuando ya no es posible controlar el dolor en su domicilio.

En estas unidades, las tareas del TCAE son realizar el aseo a los pacientes que no puedan hacerlo por si mismos, realizar los cambios posturales que sean necesarios para el confort del paciente, ayuda a la ingesta de alimentos cuando el paciente no pueda hacerlo de una manera autónoma, ofrecer apoyo al enfermero/a, atender a las llamadas que puedan hacer los pacientes o sus familiares al control de enfermería, así como mantener ordenados y repuestos todos los carros de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

A la vista, de los datos que se han mostrado anteriormente, queda claro que aún hay que investigar mucho sobre el cáncer, cuáles son las causas que hacen que la enfermedad se desarrolle, y quizá la investigación en nuevos tratamientos con el fin de evitar tantas muertes al año.

Mientras tanto, los sanitarios que trabajen con enfermos oncológicos, es importante que se formen continuamente para saber tratar con el enfermo y sus familiares, apoyarles en todo momento e intentar que el sufrimiento y el dolor sea el mínimo posible.

Además, para aquellos pacientes que se encuentren en unidades de cuidados paliativos, es muy importante cuidar el tacto y la delicadeza con la que trataremos a los pacientes, pues para muchos el fin de su vida se encuentra muy cerca y es nuestro trabajo como TCAE proporcionarles en todo momento lo que nece-

siten para que su estancia sea lo más cómoda posible, y su fin sea lo más digno dentro de las posibilidades.

6 Bibliografía

1. <http://observatorio.aecc.es/>.
2. <https://app.powerbi.com>.

Capítulo 156

EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR POR PARTE DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

1 Introducción

La Fibrilación Auricular es una de las alteraciones del ritmo del corazón que también se conoce como arritmia. Es una de las más frecuentes en España y en todo el mundo.

El corazón en condiciones normales, su ritmo cardíaco regular, natural que se acelere únicamente cuando hacemos ejercicio, y que enlentezca en periodo de reposo. Su ritmo normal del corazón va entre 60 y 90 latidos por minuto y se le llama ritmo sinusal. Cuando la arritmia aparece, el ritmo normal del corazón se ve alterado, se puede acelerar en reposo lo que se llama taquicardia o enlentecerse llamándose bradicardia.

La fibrilación auricular aparece en condiciones normales, el ritmo del corazón deja de ser normal y constante y se produce la arritmia. El miocardio fibrila y es como si se agitara el musculo.

La pérdida de esta sincronía en el ritmo llega a ocasionar la formación de coágulos de sangre en el interior del miocardio, ya que cuando el corazón entra en fase de fibrilación, el vaciado de sangre de las aurículas no es del tomo completo.

Si se desprende algún o algunos coágulos dar lugar a que las arterias del cerebro se obstruyan, se conoce como ictus o embolia periférica arterial.

2 Objetivos

Mostrar el papel del Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería mediante un caso clínico sobre un paciente que necesita fibrilación articular.

3 Caso clínico

Fernando de 71 años, que es trasladado en ambulancia al servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos por presentar un cuadro de 2 horas de evolución de disconforme torácico ligero asociado a palpitaciones y cortejo vegetativo. A su llegada a triaje, regular estado general, consciente y orientado, presenta palidez cutánea y sudoración profusa. Sus constantes vitales son tensión arterial (TA): 142/83 mmHg, frecuencia cardiaca: 118 lpm, T^a: 36,1 °C, SAT O2 96% basal.

Los antecedentes médicos son: obesidad, hipercolesterolemia, artrosis y esteatosis hepática.

Intervenciones quirúrgicas: IQ de cataratas (2016).

Medicación habitual: Simvastatina ratio 40 mg, Paracetamol 1 g a demanda.

Alergias conocidas: No alergias conocidas.

Se traslada al paciente a un box y se solicita la realización de un ECG de 12 derivaciones. En el electro se muestra una arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA). Dada la clínica y la alteración del electrocardiograma (no presente en ECG previos), se atiende al paciente en el box de vital monitorizándolo y realizando una analítica sanguínea (bioquímica, hemograma y coagulación) y Rx de tórax.

Exploración general: paciente consciente, orientado, receptivo y perceptivo. Eupneico y afebril. Glasgow 15. EEII sin edemas, ni signos de TVP. Diuresis mantenida. Sin hábitos tóxicos.

Auscultación cardíaca: taquicardia, sin soplos.

Auscultación en los pulmones: se aprecia un murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen a la palpación es blando, depresible, no doloroso, no se presencian masas ni megalias. Sin signos de peritonismo. Peristaltismo conservado.

ECG: ACxFA a unos 118x'.

El siguiente proceso de enfermería y su auxiliar comprenderá la estancia del paciente en el box de vitales en urgencias, con el objetivo de identificar y cubrir las necesidades potenciales y surgidas.

El enfermero y su auxiliar realizan una entrevista al paciente para determinar las 14 necesidades de Virginia Henderson en la escala.

4 Discusión-Conclusión

Fernando refiere que ha cedido ese disconforme torácico, ya no presenta cortejo vegetativo asociado y no está tan taquicárdico. Sin embargo, todavía está con un ritmo de fibrilación auricular, por lo que se decide derivar a sala de observación. Allí, se le realizará una serie de enzimas cardíacas para valorar su estado y evolución clínica. Por la parte que le toca a enfermería y al TCAE, se continúa cuidando al paciente, manteniendo la monitorización y control exhaustivo de las constantes, administrándole del tratamiento antiarrítmico pautado.

Estando en sala de observación, Fernando entra en ritmo sinusal y sus resultados analíticos están dentro de la normalidad, por lo que recibe el alta médica con una pauta que siga en su domicilio de anticoagulante oral.

Tras la ejecución del tratamiento pautado, el enfermero y el TCAE evalúa la situación en la que se encuentra el paciente y cree que se ha cumplido satisfactoriamente gran parte de los objetivos propuestos por las dos partes. De todas formas, los objetivos de conducta de pérdida de peso y adhesión a una dieta saludable y al tratamiento anticoagulante requieren un mayor tiempo de seguimiento y una mayor constancia por parte del paciente por lo que se le remite para su seguimiento a atención primaria.

5 Bibliografía

1. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
2. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Capítulo 157

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES ENFERMERÍA EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO QUE INGRESA EN UCI

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

1 Introducción

Existen avances en el diagnóstico y tratamiento de los sucesos coronarios agudos que han beneficiado a la población, por el aumento de la supervivencia y la mejor calidad de vida después de un episodio concreto, gracias a la utilización de estrategias como la creación de unidades de dolor específicamente torácico en muchos hospitales, cuyo objetivo es conocer la frecuencia de estos factores de riesgo cardiovasculares en la población, agilizar esta atención a los pacientes para incrementar el acierto del diagnóstico y que se establezcan las guías de manejo existentes, disminuir costes y mejorar los pronósticos.

Se conocen las publicaciones y estadísticas de los países desarrollados, pero en nuestro país, los datos son muy difíciles de obtener aunque en los últimos años hay datos de mayor prevalencia e incidencia de la enfermedad coronaria. Son muchos los estudios con los que se cuenta con suficiente información por el registro de los análisis de prevalencia y sus factores de riesgo cardiovascular que se han realizado en siete ciudades Españolas (1564 madrileños de 13450 pacientes españoles), de los cuales se ha documentado que los factores de riesgo más habituales son el tabaquismo (25 %), obesidad (20 %), síndrome metabólico (18 %), hipertensión arterial (17 %), hipercolesterolemia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada tres segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada diez segundos dos infartos de miocardio y cada doce segundos un par de eventos cerebrovasculares, esto se sitúa en que la cardiopatía isquémica es la responsable de más de un 40% de muertes en todo el mundo, siendo la principal causa de muerte.

2 Objetivos

Mostrar e indicar los cuidados del auxiliar de enfermería ante el paciente con síndrome coronario agudo que ingresa en UCI.

3 Caso clínico

Agustín es un varón de 77 años que es traído en ambulancia e ingresado en una unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Getafe por deterioro del estado general desde hace dos semanas con marcado empeoramiento en los últimos dos días. Refiere opresión precordial con aparición de disnea de mínimos esfuerzos, no de reposo, así como artralgias generalizadas y febrícula.

El paciente ingresa consciente y orientado, algo inquieto. A la exploración que se le practica destaca soplo pansistólico con acidosis metabólica y lactato de 11 mmol en analítica de sangre. Una radiografía de tórax desvela que es compatible con signos de descompensación cardíaca aguda.

Refiere dolor precordial precisando administrar cloruro mórfico en bolo refiriendo el paciente una mejoría.

Se le realiza un ecocardiograma observando pseudo aneurisma septo-apical, con CIV, válvulas normofuncionantes, FEVI conservada y derrame pericárdico circunferencial de grado moderado sin signos de descompensación hemodinámica. Presenta derrame pleural derecho.

En TAC apunta una leve cardiomegalia. Disminución de espesor de miocardio en los segmentos basal y medial anteroseptales del ventrículo izquierdo con probable antecedente de IAM.

Se le coloca de balón de contrapulsación intraaórtico y se valora intervención quirúrgica para cierre de CIV apical después del infarto.

El paciente es diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación del ST. En ritmo sinusal. Hipotensión que precisa vasoactivos, Noradrenalina, a dosis bajas. Precisa administrar cargas de volumen con gelafundina.

Presenta ligera disnea, recibiendo tratamiento con oxigenoterapia en gafas nasales a un flujo de 4 litros.

Portador de balón de contrapulsación intraaórtico ciclado, canalizado en extremidad inferior derecha. Pulsos presentes. Se aprecia buena coloración y perfusión de la extremidad canulada.

Edemas en extremidades inferiores y una diuresis en descenso precisando tratamiento con furosemida en perfusión continua controlada por el auxiliar de enfermería.

Al ingreso el paciente precisó cloruro mórfico para control del dolor precordial. Ahora presenta mejoría, precisando paracetamol en determinadas ocasiones, se mantiene un control sobre el paciente con ayuda del celador y el auxiliar de enfermería en sus cuidados.

4 Discusión-Conclusión

Después de hacer las actividades descritas a lo largo de una semana desde que el paciente ingresa, se consiguieron alcanzar algunos de los objetivos propuestos.

En cuanto al diagnóstico de insomnio, se han aplicado medidas para mejorar los factores ambientales regulando la iluminación y minimizando al máximo los ruidos; y en colaboración con el médico, que prescribió fármacos, el paciente aumentó las horas de descanso y además refiere una mejor calidad de este.

Durante las primeras horas del ingreso el paciente refiere dolor agudo intenso evidenciado a través de un aumento de la frecuencia cardiaca, sudoración e inquietud que se resolvieron a través de la administración de cloruro mórfico intravenoso. Manifestó el paciente mejoría en la intensidad y frecuencia del dolor consiguiendo ser este controlado. Durante la primera semana presentó dolor que cabeza que remitió con el paracetamol.

5 Bibliografía

1. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6º Edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Edición española. Barcelona: Elsevier; 2014.

Capítulo 158

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DE BEBÉS RECIÉN NACIDOS

PILAR JIMÉNEZ SANTIAGO

FELICITAS JIMENEZ SANTIAGO

PATRICIA MEDINA FLORES

MARÍA DEL PILAR GARCÍA-NAVAS REQUENA

SANDRA ZAPATA ANGORA

1 Introducción

El cuidado y la protección de la piel de los recién nacidos es un factor importante a tener en cuenta en la atención de la salud, por la transcendencia de este órgano como barrera frente a infecciones, protección de órganos internos, regulador de temperatura y como unión entre el recién nacido, el medio ambiente y los padres. La piel del recién nacido tiene un Ph neutro y está cubierta de vérnix caseosa, con propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas.

A día de hoy, no existe una norma fija para realizar el primer baño, ya que los criterios son diversos en cuanto a diferencias culturales y distintas prácticas hospitalarias. Independientemente, el baño debe regirse por un sumo cuidado del bebé, para poder protegerle ante cualquier infección externa y es muy importante tener un correcto aseo del cordón umbilical, ya que aún no está cicatrizado

y puede infectarse fácilmente. Debemos tener todos los materiales para el baño bien sea nuevos o desinfectados correctamente para su uso y extremar la higiene de la ropa del recién nacido antes de ponérsela para poder, de este modo, prevenir cualquier tipo de enfermedad.

Tanto el enjabonado como el secado deben realizarse con sumo cuidado y con movimientos circulares muy suaves para no hacerle daño al bebé. Debemos tener muy en cuenta la hidratación de la piel para no crear rojeces ni grietas posteriores.

2 Objetivos

Describir funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el procedimiento del baño de neonatos en los centros hospitalarios.

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 llegada de un recién nacido supone una responsabilidad para sus padres, los cuales deben cubrir una serie de necesidades que el bebé necesita, entre ellas, el cuidado del aseo corporal.

Los niños menores de un mes requieren unas necesidades de cuidado más costosas y específicas que los que ya han superado dicha edad.

Se harán baños diarios de forma regular, utilizando materiales personales o desechables; el aseo se realizará aunque no le haya caído el cordón umbilical, de este modo lograremos que no se infecte.

Se llenará la bañera de agua hasta cubrir solo una parte del bebé y se comprobará la temperatura antes de introducirlo, ya que debe estar entre 34 y 36 grados.

Para que el bebé se sienta tranquilo y seguro le colocaremos el brazo por detrás, siendo este un apoyo para él.

Realizaremos el baño con suaves masajes circulares de la cabeza hacia abajo, haciendo hincapié en zonas de pliegue para que no se enrojeczan posteriormente. Usaremos siempre gel con Ph neutro y evitaremos mojar la zona de los ojos para que no se le irriten.

No usaremos bastoncillos en ningún caso y cambiaremos la ropa diariamente tras cada baño.

Finalmente, lo secaremos cuidadosamente con suaves toques, aplicaremos crema hidratante en zonas en las que pueden aparecer rojeces y se pondrá el pañal.

Para hacer un correcto lavado del cordón umbilical, se deben tomar medidas más específicas para evitar, de este modo, la infección del mismo. Debemos realizar una correcta higiene de manos antes de realizarlo, limpiar la zona con agua y jabón con suaves masajes circulares, realizaremos un secado adecuado con cuidado y taparemos con gasas para que no se humedezca. En ciertos casos, se añade un poco de Betadine en las gasas para una mayor desinfección y un secado más rápido de la herida. El cordón debería desprenderse en 15 días, generalmente.

5 Discusión-Conclusión

Estos cuidados que hemos mencionado con anterioridad, proporcionarán baños óptimos y una buena higiene para el bebé y, por lo tanto, una buena salud.

Un recién nacido o neonato es aquel que tiene menos de 28 días de edad, estos días son los que corren mayor riesgo y, por lo tanto, un adecuado cuidado aumentará las posibilidades de sobrevivir del niño.

Debemos saber que lo más importante para el recién nacido es hacerle muy bien los cuidados de aseo, con sumo cuidado, movimientos suaves, geles con Ph neutro compatibles con su piel, puesto que aún la tienen muy sensible, y debemos tener en cuenta la importancia de la hidratación.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

Por último y no menos importante se debe de tratar al paciente como un ser particular, singular con sus características propias, es en este apartado donde entraría la capacidad de observación de la TCAE como persona implicada directamente en su cuidado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 159

CONSTANTES VITALES: LA TEMPERATURA CORPORAL

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

CLARA HERRERO FERNANDEZ

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

SANDRA RAMOS LORENZO

1 Introducción

La temperatura es un signo vital, que debemos de reflejar en las gráficas de constantes vitales durante el proceso de la enfermedad del paciente, y que nos pueden mostrar datos, según su evolución de como evoluciona dicho paciente.

El valor normal de la temperatura en un individuo sano suele oscilar entre 36 y 37 grados centígrados, dependiendo de la hora del día cuando se toma (a primera hora suele ser más baja), o de si se realiza alguna actividad, o la edad del paciente. Estos factores suelen ser normales, pero cuando se entra en un estado patológico, estas cifras cambias.

El tipo gráfica de los valores de la medición de la temperatura, nos da mucha información de la evolución de la enfermedad.

Cuando procedemos a analizar el estado de salud de una persona debemos de tener en cuenta una serie de parámetros, a los que denominamos constantes vitales. Nos referimos a la temperatura, la respiración, el pulso, la tensión arterial, la presión venosa central, y el pulso.

A lo largo del proceso de estudio, se miden y se anotan los resultados de la medición de estos valores. En condiciones normales si los datos entran dentro de los parámetros establecidos para un individuo sano, se descartan ciertas patologías. Aunque los resultados de estas medidas pueden modificarse como causa de distintos factores.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es el de analizar la medición de la temperatura corporal y la diferentes definiciones de ésta dependiendo de las características de los parámetros.

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 libros en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las alteraciones de la temperatura son:

1. Hipotermia: una bajada de la temperatura por debajo de los valores normales, o sea, de 36 grados. Suele ocurrir por permanecer en lugares muy fríos, por motivos endocrinos o medicamentosos.
2. Hipertermia: la elevación de la temperatura del cuerpo, superando los 37,1 grados. Puede ocurrir por una infección, por alteraciones metabólicas, hematológicas, por inflamaciones, etc.

La fiebre la clasificamos en:

Según los valores de medición:

- Febrícula: temperatura desde 37,1 hasta 37,9 °C
- Fiebre ligera: temperatura desde 38 hasta 38,4 °C.
- Fiebre moderada: temperatura desde 38,5 hasta 39,4 °C.
- Fiebre alta: temperatura desde 39,5 hasta 40,4 °C.
- Fiebre muy alta: temperatura más alta de 40,5 °C.

Según el tiempo que dura la fiebre:

- Corta: fiebre de menos de dos semanas.
- Larga: fiebre de más de dos semanas.

Según la gráfica de los datos al medir la temperatura:

- Fiebre continua: cuando entre la temperatura máxima y mínima existe una diferencia menor de 1°C.
- Fiebre remitente: cuando entre la temperatura máxima y mínima existe una diferencia mayor de 1° C.
- Fiebre intermitente: el valor máximo es un valor hipertérmico, el mínimo suele ser normal.
- Fiebre recurrente: unos días se presenta fiebre y otros los valores son normales.
- Fiebre ondulante: los valores de la temperatura suben y bajan alternativamente.

Factores que influyen a la hora de medir la temperatura:

- Fisiológicos, como la edad, el sexo, el ejercicio físico, el haber consumido alimentos.
- Ambientales (como la temperatura ambiental), la altitud respecto al nivel del mar, el momento del día en que nos encontremos, etc.
- Psicológicos, como nos encontremos emocionalmente, el estado de ansiedad y nervios tengamos.
- Patológicos, procesos infecciosos, presentar quemaduras, estar deshidratados, tener problemas cardíacos o respiratorios, hemorragias.

El personal sanitario después de realizar la medición de estas constantes vitales, las debe de anotar y registrarlas en un registro único y personal de cada paciente, para comprobar la evolución de estas y servir de apoyo para analizar el proceso que llevamos a cabo.

5 Discusión-Conclusión

La temperatura corporal es un dato que nos puede dar mucha información referida al estado de salud de las personas. El control de la temperatura corporal, por parte del sistema nervioso, viene regulada por el hipotálamo.

La medición de la temperatura puede ser timpánica, que tiene lugar en el oído y suele ser similar a la temperatura central, axilar, que la tomamos en la axila, rectal, tomada en el ano, normalmente en bebés y muestra un valor de 0,5 grados mayor que la axilar, oral, que se toma en la boca.

Para medirla se suelen usar termómetros digitales, timpánicos, de mercurio, etc.

6 Bibliografía

1. Auxiliar de enfermería. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. McGraw-Hill. Interamericana de España, S.L.

Capítulo 160

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COLABORACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE DISTINTOS TIPOS DE SONDAS. QUÉ ES UNA Sonda PARA, PARA QUÉ SE UTILIZA. TIPOS DE SONDAS Y CÓMO SE UTILIZAN SEGÚN SU NECESIDAD

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

NATALIA MAZA PUJALTE

PAULA PARDO GOMEZ

1 Introducción

Conocer las sondas es una de las cosas principales que haremos.

Las sondas son un instrumento tubular que se utiliza para llegar a una cavidad del cuerpo a través de un orificio natural (como las fosas nasales) o artificial (a través de la piel).

Ya sea para diagnosticar o con fines terapéuticos, una sonda sirve para introducir líquidos o extraerlos (sonda de drenaje).

Pueden alcanzar las vías respiratorias, urinarias, intestinales o rectales.

A la hora de iniciar un proceso quirúrgico o actuar ante una urgencia médica. Los profesionales sanitarios siguen un protocolo médico bastante estricto. Esto consiste en colocar las sondas con mucho cuidado, sin provocar traumatismos y asegurando el confort del paciente. Aun así es cierto que la colocación de la sonda resulta algo molesta, por lo que es muy importante que se le explique al paciente como es el proceso, para evitar nervios o incomodidad.

La sonda tiene tres partes:

1. Cabeza: es el extremo que se introduce en el cuerpo y tiene unos orificios por los que se introduce o extrae líquido.
2. Cuerpo: es la parte tubular, que es cilíndrica y hueca. Según el tipo de sonda tiene un diámetro u otro.
3. Enlace: es el extremo que queda fuera del cuerpo. Se suele adaptar a una jeringa, bolsa recolectora, según si se quiere introducir o drenar líquidos.

2 Objetivos

- Conocer lo que son las sondas y cómo se utilizan según la función de cada sonda.
- Indicar cómo se realiza su limpieza una vez usadas.

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

Estudiaremos los tipos de sonda que hay.

1. Sondas vesicales:

Este tipo de sonda se introduce a través de la uretra hasta llegar a la vejiga. Sirve para hacer diagnósticos, para drenar la orina o introducir líquido en ella.

Existen de diferentes puntas y normalmente se emplea para solucionar problemas relacionados con la retención de orina.

Dentro de esta categoría encontramos dos tipos a) Sonda Foley: se caracteriza por tener un balón en un extremo que se introduce en el organismo. Una vez colocada en la vejiga, se hincha el balón para que se quede fija y permita la movilidad del paciente. b) Sonda condón: se utiliza en hombres ancianos y debe cambiarse todos los días. Como su nombre indica se coloca encima de miembro viril.

2. Sondas uretrales:

Se utilizan para el cateterismo de uréteres o riñones. Al igual que las sondas anteriores tienen diferentes puntas y se utilizará cada una dependiendo de su finalidad.

Estas sondas se subdividen en tres tipos: a) Sondaje intermitente: la vejiga se sonda varias veces al día, en intervalos de tiempo concretos. b) Sondaje temporal: el paciente permanece con la sonda un tiempo definido. Estarían con el catéter días o meses. c) Sondaje permanente: a diferencia del anterior, el paciente permanece con el catéter de forma indefinida.

3. Sondas rectales:

Las sondas rectales facilitan la salida de gases a través del recto. Tiene diferentes longitudes y se aplican, sobre todo, en niños y mujeres.

4. Sondas nasogástricas:

Se aplican para llegar al estómago a través de la nariz, ya sea para introducir alimentos, medicación o hacer lavados de estómago. Son de gran diámetro para evitar el riesgo de obstrucciones.

Este tipo de sondas se utilizan en pacientes que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.

Tipos de sondas: a) Sonda Lenin: tiene una única entrada y diferentes longitudes, una para niños y otra para adultos. b) Sonda de Salem: tiene una doble vía de entrada. c) Sonda de Fleka: es de mucho menor calibre y se usa cuando se espera que vaya a ser utilizada por el paciente durante mucho tiempo.

Como norma general las sondas nasogástricas deben de ser sustituidas cada 6-8 semanas, pero este periodo suele variar en función del material de la sonda, de la medicación administrada y de su correcta limpieza.

Cuidados de la sonda nasogástrica:

- Se limpia a diario la parte externa de la sonda. Se utiliza: una gasa, agua caliente y jabón. Después se aclaran y se secan.
- El interior de la sonda después de dar la alimentación o la medicación. Con una

jeringa se pasa 20-30 ml. de agua.

Cuando no se esté usando se pone un tapón conector.

¿Cómo se alimenta a una persona por sonda?

La alimentación por sonda nasogástrica (llamada dieta entera) puede ser realizada por casi todo tipo de alimentos, sin embargo, es importante que los alimentos sean bien cocidos, triturados en la licuadora y después colados para retirar los trozos de fibra, que pueden obstruir la sonda.

Materiales necesarios: jeringa de 100 ml (jeringa de alimentación), un vaso de agua y un paño (opcional).

Es importante dar agua por sonda regularmente y mantener la higiene bucal del paciente. Porque aunque no es alimentado por boca, las bacterias continúan desarrollándose, pudiendo provocar caries o pequeñas llagas en la boca.

¿Cuándo tiempo se puede utilizar la sonda nasogástrica?

Los tubos de poliuretano y de silicona se pueden mantener al menos durante un mes.

Otra guía actualizada en 2004 establece el recambio de tubos de larga duración cada 4-6 semanas, colocándolos en el otro orificio nasal.

¿Cómo saber que la sonda nasogástrica está bien puesta?

Una forma de comprobar que la sonda está bien puesta, es estirar el émbolo de la jeringa y si sube contenido estomacal por la sonda, quiere decir que está bien puesta.

5. Sonda rectal:

Una de las funciones de la Auxiliar de Enfermería es la administración de enemas. El enema es la introducción de una solución líquida por el intestino grueso. Tiene como finalidad la limpieza, diagnóstico o fines terapéuticos. Los enemas serán utilizados bajo prescripción médica.

Protocolo de actuación para la sonda rectal:

- Preparar el material necesario y la solución que se utilizará según la pauta médica.
- Explicarle al paciente la técnica a utilizar.
- Mantener la intimidad del paciente, pidiendo salir al acompañamiento.
- Lavarse las manos.
- Ponerse guantes.
- Colocar al paciente de cúbito lateral izquierdo.
- Colocar los salvacamás necesarios.
- Colocar sonda rectal:
 1. Lubricar la punta de la sonda rectal unos 10 cm.

2. Indicarle al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, ya que así se promueve la relajación del esfínter anal externo.
3. Introducir la sonda rectal (unos 7-10 cm. en adultos) en una de las espiraciones.
4. Llenar una bolsa que tiene un sistema con una llave con una solución pautada.
5. Conectar el sistema a la sonda rectal.
6. La bolsa con la solución debe de estar 30-40 cm. más alta que el paciente.
7. Abrir la llave del sistema lentamente para que empiece a introducirse el líquido.
8. Una vez terminada la solución, se retira la sonda.
9. El paciente tendrá que retener la solución 5-10 minutos.
10. Si el paciente no puede ir al baño. Se le dejará una cuña puesta y se le realizará una higiene una vez expulsado el enema.

La Auxiliar de Enfermería después de quitar la cuña debe seguir unas pautas.

- Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos.
- Ponerse otros guantes.
- Acomodar al paciente.
- Recoger el material.
- Ventilar la habitación unos minutos.
- Anotar la técnica y el resultado.
- Al pasar unos minutos dejar entrar a los acompañantes.

Sonda Intestinal:

Es una sonda suave de plástico que se coloca a través de la piel del abdomen hacia la parte media del intestino delgado. Esta sonda lleva alimento y medicación hasta que la persona está lo suficientemente saludable para alimentarse por la boca. Para limpiar la piel, se necesitará cambiar los vendajes una vez al día o más si la zona se humedece o se ensucia. La piel siempre debe mantenerse limpia y seca.

5 Discusión-Conclusión

Las sondas son un dispositivo de tubo estrecho y alargado que se introduce por un orificio del cuerpo a través de la piel.

Permiten el drenaje de líquidos o bien introducir la alimentación o medicación.

La sonda tiene tres partes: Cabeza, cuerpo y enlace.

Existen varios tipos de sondas según su función: Sondas vesicales, sondas Foley, sondas condón, sondas uretrales, sondaje intermitente, sondaje temporal, sondaje permanente, sondas rectales, sondas nasogástricas (de Levin, de Salem y de Freka) y sonda intestinal.

EL TCAE colabora con Enfermería en el proceso de preparación y colocación de cualquier tipo de sonda, siendo el encargado de preparación del material así como en la posterior limpieza de la misma y en la comprobación permanente de su correcto funcionamiento.

6 Bibliografía

1. Carmen Rosa Junquera Velasco Diplomada Universitaria en Enfermería, Manuel Alés Reina Diplomado Universitario de Enfermería, José Manuel Ania Palacio Médico. Profesor de Enseñanza Secundaria. Rama Sanitaria, M.^a José García Berme Licenciada en Biología, Técnico Especialista en Laboratorio. Febrero 2017.www.mad.es.

temario específico volumen 2 auxiliar de enfermería servicio de salud de castilla la mancha sescam.

Capítulo 161

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL

NATALIA MAZA PUJALTE

PAULA PARDO GOMEZ

MARIA DEL PILAR ROMERO LOPEZ

SAGRARIO CIFUENTES MARTINEZ

LAURA RISCOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Vamos a empezar hablando y recopilando información de todos los estudios que se han ido haciendo a lo largo de los años sobre este tema en relación con los TCAE. Ay que decir que para tratar a un paciente terminal debemos perderle el miedo a la muerte y verlo como algo natural. Según la organización mundial de la salud los cuidados paliativos se refieren al cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a ningún tratamiento curativo. El control del dolor de otros síntomas y la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales son muy importantes. La meta de la medicina paliativa es conseguir una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias, no se acorta ni se alarga

la vida solo se proporciona alivio del dolor y otros síntomas estresantes. Cuando un paciente no tiene cura la mejor medicina será estar en un ambiente tranquilo, conocido, sin estrés, que se le aporte bienestar y confort, en su domicilio con sus seres queridos, para la familia es una ayuda les proporciona capacidad para enfrentarse a las situaciones difíciles que están por llegar como los procesos del duelo una vez que el enfermo ha fallecido. Las enfermedades cancerosas ocupan en estos momentos la segunda causa de muerte en España pudiendo añadir que el número de casos por año va en aumento (aprox. un 10 % entre la década de los ochenta y la de los noventa), el 27 % de las defunciones que ocurren en España son debido a esta enfermedad. Esto quiere decir que cada año 97.000 personas de nuestro país se convierten en enfermos terminales que requieren de cuidados paliativos tanto en centros sanitarios como en el propio domicilio. Esta incidencia tiene relación directa con el envejecimiento de la población y su elevada esperanza de vida para la disminución de estas conductas la Organización Mundial de la Salud (OMS) un programa de orientación general de control del cáncer, entre ellas esta actividades de prevención primaria, diagnóstico precoz, tratamiento curativo, alivio del dolor y cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Describir los cuidados prestados por el TCAE ante el paciente terminal.
- Conocer la actitud a seguir ante el paciente terminal y su familia por parte del TCAE en el desempeño de su labor profesional.

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

Son muchas las cosas que se dicen sobre este tema. Según la sociedad española de cuidados paliativos la enfermedad terminal viene definida en:

1. Aparición de enfermedad avanzada.

2. No hay posibilidades razonables de solución al tratamiento específico.
3. Aparición de numerosos problemas de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Impacto emocional en el paciente, familia, el TCAE y equipo terapéutico muy relacionada con la existencia explícita o no de la muerte.
5. Pronóstico de vida muy corto no superior a los seis meses.

El deterioro y la rapidez en que evoluciona el paciente van a depender de la patología, siendo la fase final muy similar en todos los pacientes. El bien estar y la calidad de vida de los enfermos terminales deben ser adquiridos utilizando de forma correcta las herramientas básicas de a continuación:

1. Control de síntomas. Es imperativo saber reconocerlos, evaluarlos y tratarlos de la forma más correcta. Entre tanto algunos síntomas podrán ser controlados como el dolor, pero otros tendrán que ser asumidos por el paciente.
2. El apoyo emocional y comunicación con el enfermo, la familia, TCAE y el equipo terapéutico.
3. Una buena organización que conceda al equipo la mejor actuación y a su vez contribuya a la adaptación de los objetivos cambiantes en la fase terminal.
4. Por último el equipo interdisciplinar que estará formado por profesionales de distinta índole los cuales cada uno dará su visión de las diferentes necesidades que el enfermo y la familia demanden.

El paciente terminal en su fase agónica puede presentar:

- Disminución de las sensaciones.
- Pérdida del tono muscular.
- Sequedad de mucosas.
- Piel cianótica.
- Sudoración intensa.

El auxiliar de enfermería se debe mostrar en todo momento, seguro, tranquilo, atento, dispuesto, comprensivo y accesible.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de enfermería o TCAE tienen el deber de proporcionar a los pacientes una atención básica de salud junto con enfermería y el facultativo se encargará de proporcionarle al paciente terminal un ambiente cómodo y agradable, deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a esta situación ya que son los que más tiempo van a pasar con la familia y el paciente comprobando

sus emociones, estados de ánimo y empatizando con ellos. El TCAE deberá reconocer el lenguaje no verbal sabiendo interpretar cualquier cambio avisando a enfermería para que tomen las medidas oportunas. Con esto queremos expresar la importancia que el personal sanitario tiene directamente sobre el enfermo.

6 Bibliografía

1. Revista Ocronos ISSN nº2603-8358 Depósito legal CA-27-2019, editorial científico-técnica Ocronos. En <https://revistamedica.com>.
2. Scielo enfermería global versión on-line ISSN 1695-6141. Blog. No.16 Murcia jun. 2009 que se encuentra en la página <https://scielo.isciii.es>.
3. MedlinePlus que se encuentra en <https://medlineplus.gov>.

Capítulo 162

TULAREMIA :CONTAGIOSA Y MORTAL

MARIA PAZ ORTEGA

1 Introducción

Enfermedad infecciosa muy poco frecuente que suele atacar ,la piel, los ojos, los glangios linfáticos y los pulmones. La Tularemia es causada por la bacteria *Franciella Tularensis* propia de los roedores afecta principalmente a conejos, liebres y ratas almizcleras, ardillas y animales domésticos. Se propaga o transmite a los seres humanos a través de varias rutas, incluida las picaduras de insectos y la exposición directa a un animal infectado. Se trata de una enfermedad altamente contagiosa y potencialmente mortal.

Puede ocurrir en cualquier parte del mundo , pero es mas común en áreas rurales donde los animales tienen más posibilidades de infectarse con dicha bacteria.

Puede causar infecciones de muchas maneras diferentes. La bacteria puede sobrevivir en el suelo, el agua y los animales muertos durante semanas.

Es posible infectarse al estar expuesto a la bacteria en un laboratorio. Respirar las bacterias que salen del suelo realizando trabajos de jardinería, beber agua, comer alimentos contaminados.

En España era prácticamente desconocida pero recientemente han aparecido varios brotes. A partir de ese momento, la Tularemia se ha incluido entre las enfermedades de declaración obligatoria , debido a la alta probabilidad de que se haya establecido una enzootía. Otro reciente interés es la importancia de esta bacteria como arma biológica, por su fácil diseminación y rápido desarrollo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Prevenir, detectar, y controlar la difusión de la enfermedad y evitar brotes.

Objetivos secundarios:

- Describir y conocer el patrón de la Tularemia.
- Difundir a la población de su gravedad.

3 Caso clínico

Mujer de 45 años. Fumadora de 10 cigarrillos al día .No hábitos tóxicos.

I.Q: Fractura de muñeca izquierda, legrado y una cesárea.

Sin alergias, tratamiento habitual ninguno.

Acude a su centro de salud por fiebre de 38 grados y medio con sudoración intensa, tos seca durante quince días aproximadamente y dolores de cabeza, describe dolores musculares y articulares y a veces rigidez esporádicamente en todo el cuerpo, escalofríos, manchas rojas en la piel como si fueran pequeñas llagas, irritación de los ojos (picores y enrojecimiento) diarrea, pérdida de peso, sigue la misma dieta de siempre dolor de garganta y dificultad respiratoria y que se encuentra muy cansada durante todo el día no lo asocia a nada en concreto por que ella sigue la misma rutina todos los días. Actualmente sin fiebre pero sigue teniendo los síntomas descritos, se le realiza una extracción de sangre (serología) y da positivo en Tularemia. Nos la remiten al servicio de urgencias desde su centro de salud por dar positivo en serología.

Esta casada vive con su marido y su hijo en un pueblo (medio rural) .Trabaja en las tareas del campo y tienen una granja de conejos, refiere que hace cosa de quince días aproximadamente se están muriendo los animales de la granja .Su esposo y hijo son aficionados a la caza menor.

Antecedentes Personales:

Su madre padeció un carcinoma de mama, su padre enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fumador habitual y obesidad. Sus hermanos no padecen ninguna enfermedad.

Exploración: saturación 97 %.

Peso 58Kg, Eupneica.

Tórax auscultación cardiopulmonar normal.

Abdomen: blando.

Extremidades: sin evidencias.

No hay evidencia de picaduras de artrópodos (garrapatas, arañas) ni lesión en cuero cabelludo.

Pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Serología.
- Cultivo de orina y heces.

4 Discusión-Conclusión

Cuadro febril durante largos periodos en el tiempo, dolores musculares y escalofríos y episodios de vómitos esporádicos, serología positiva trabaja con animales y en el campo, vive en un pueblo y su s familiares practican la caza, encaja con los síntomas descritos de dicha enfermedad.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática, tendríamos que realizar otra serología para contrastar los parámetros.

Se le remite a su medico de cabecera para realizar el tratamiento y para el seguimiento de dicha enfermedad.

Si la paciente empeora o vuelve a tener los mismos síntomas y signos, acudir al servicio de urgencias por si necesita ingresar.

5 Bibliografía

1. Mayo-Clinic Family Health Book.
2. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId\protect\TU\textbraceright=18948>.
3. Tularemia outbreak in Castilla y Leon, Spain,2007.

Capítulo 163

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL LAVADO Y DESINFECCIÓN DE LOS ENDOSCOPIOS

JENNIFER SUÁREZ VILLANUEVA

MARTA SÁNCHEZ RIVERA

ISABEL GARCIA SIXTO

LORENA AMARILLA SANCHEZ

NOELIA FERNÁNDEZ VALLE

1 Introducción

La endoscopia es un procedimiento médico que nos permite explorar ciertas partes del organismo con ayuda de un tubo óptico luminoso.

El médico lo mueve a través de una cavidad, órgano hueco o apertura del cuerpo para ver el interior de un órgano.

Este adquiere distintas denominaciones según el órgano que se va a explorar: esófago, estómago, colon, cavidad peritoneal, vías pulmonares, urinarias, articulares, etc.

También se utiliza para obtener biopsias y otras veces con fines terapéuticos, como la extracción de cuerpos extraños, la extirpación de pólipos, la electrocoagulación de lesiones, etc.

Para poder realizar una buena limpieza y desinfección del endoscopio debemos de conocer los siguientes términos.

Limpieza

Es la eliminación por arrastre de toda suciedad de un objeto mediante el lavado con agua y sustancias tensioactivas con la ayuda de una acción mecánica energética.

Desinfección

Es el proceso por el cual se elimina la mayoría o todos los microorganismos patógenos presentes sobre los objetos inanimados, pero no necesariamente todas las formas microbianas esporuladas. Se lleva a cabo por medio de agentes químicos.

Esterilización

Es el conjunto de operaciones destinadas a eliminar o matar todas las formas de vida microbiana contenidas en un objeto o sustancia.

Accesorios Endoscópicos

Todos los accesorios utilizados en la práctica endoscópica para fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Accesorios de uso único o desechables.

Son dispositivos envasados para un solo uso. Una vez abierto el envoltorio deben ser utilizados inmediatamente y no podrán ser reprocesados.

2 Objetivos

- Conocer los pasos para realizar un lavado y desinfección adecuados del endoscopio.
- Mencionar los riesgos que conlleva un mal lavado o desinfección del endoscopio.

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: Ocronos, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y manuales de actuación y guías del hospital de Navarra.

4 Resultados

El lavado y reprocesamiento de los endoscopios se divide en dos fases: la primera la denominamos fase sucia y consta de los siguientes pasos:

Lo primero que se realiza es un lavado con jeringa a través de la boca de entrada del endoscopio por el cual se introducirá líquido enzimático y así poder extraer por arrastre cualquier resto que haya podido quedar dentro del tubo y comenzar a procesarlo.

A continuación se realiza un test de fuga para ello se retiran las válvulas, se coloca un esfigmomanómetro con una presión de 160 se comprueba que no haya ninguna fuga y si la hubiese se sumerge el tubo para encontrarla.

Una vez comprobado que el tubo se encuentra en perfecto estado y está libre de fugas se procede a realizar un lavado manual. Se realiza con un cepillo flexible y preferiblemente desechable y de la misma longitud que el tubo, permitiendo así poder frotar todo su interior. El cepillado debe de realizarse un mínimo de tres veces a través de todos los orificios. Por último y para finalizar con la etapa de sucio se introduce el endoscopio en un contenedor junto con un test reactivo para introducirlo posteriormente en la lavadora y realizar así una desinfección de alto nivel. Tras finalizar el ciclo de lavado se comprueba que tanto el test físico como químico hayan virado de manera correcta y se dará por finalizada la etapa sucia de este procedimiento.

Por último realizaremos el secado del endoscopio siendo éste el último paso de todo el proceso y el único paso de la etapa limpia.

Para realizar un secado efectivo se utiliza una pistola de aire a presión y así asegurarse de que no queda ningún resto de humedad dentro del tubo el cual podría hacer que la cámara se empañase y la prueba no se pudiese realizar con eficacia. Una vez que el tubo está seco se lleva al armario específico para el almacenamiento de endoscopios o bien se lleva directamente a la sala de endoscopias para ser utilizado.

5 Discusión-Conclusión

Todos los pacientes deben de considerarse una fuente de infección directa por lo que el buen procesamiento de los tubos endoscópicos tanto en la limpieza como en la desinfección son un factor clave para así evitar enfermedades nosocomiales. Los múltiples canales internos del endoscopio hacen que su limpieza sea compleja y difícil.

Es importante realizar cada uno de los pasos de lavado y desinfección según el

orden marcado. Ante la duda de algún error en alguno de los pasos del procesamiento se debe de realizar de nuevo todo el proceso desde el principio. Puesto que es la única forma de asegurarnos que el tubo esta procesado de manera correcta.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-limpieza-desinfeccion-endoscopia-digestiva-13097448>.
2. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/endoscope-disinfection-spanish-2011.pdf>.

Capítulo 164

ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LA PERSONA ANCIANA

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

1 Introducción

Es importante tener en cuenta las necesidades de los pacientes geriátricos, en esas necesidades incluiremos la valoración de todas las áreas que le rodean (lo que podemos definir como Valoración integral geriátrica), puesto que algunas necesidades se encuentran alteradas, debido al cambio físico y funcional del paciente geriátrico y también por las barreras arquitectónicas o sociales con las que se encuentran que son consideradas un hándicap ya que impiden que se pueda dar respuesta a esa dependencia.

Para dar una atención y cuidados acordes a la persona es importante el correcto conocimiento de las necesidades humanas y así también poder satisfacerlas. Nos centraremos además en determinar cuál es la ayuda que necesita el paciente geriátrico en cada momento y tener la capacidad de brindarla, lo que podemos considerar como la base de la práctica profesional del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

El Técnico Auxiliar de Enfermería es una de los profesionales sanitarios que más contacto tiene con los pacientes geriátricos y en general con el resto de pacientes, cuidando y atendiendo todas sus necesidades básicas. Además de los cuidados básicos, deberá dar respuesta y cubrir todas las áreas del paciente con edad avanzada, tanto a nivel psíquico, físico y social.

2 Objetivos

- Reseñar las técnicas de cuidados básicos del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para la prevención y atención socio-sanitaria al paciente geriátrico.
- Conocer los cuidados básicos en el paciente geriátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una investigación bibliográfica sistemática. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas.

Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: TCAE, geriatría, cuidados básicos del paciente geriátrico, dependencia, necesidades del paciente geriátrico.

4 Resultados

Existen un gran abanico de síndromes geriátricos pero cabe destacar los más importantes, que son: la inmovilidad, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo y otros. Aunque podemos reseñar que todos ellos tienen unas características comunes que son:

1. Elevada frecuencia, principalmente en personas mayores de 65 años, e incrementándose de forma proporcional al aumentar la edad.
2. Deterioro de la calidad de vida, predisposición a la cronicidad e incremento de las situaciones de dependencia.
3. Aumento de las necesidades de atención sanitarias y socio-sanitarias.

Es necesario llevar a cabo una valoración interdisciplinar para su abordaje, para poder establecer unos cuidados básicos adecuados y una detección precoz de los problemas que puedan dar como consecuencia dichos síndromes geriátricos.

Lo primero que tenemos que hacer es una valoración biopsicosocial individual de cada paciente, ya que estos aspectos influyen de la misma manera que el aspecto biológico en la persona. Debemos evitar pasar esto por alto ya que es muy posible que exista un desacuerdo entre ambas posturas y derivar en un conflicto de intereses. Por lo tanto, es muy importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería evite hacer juicios de valor, aunque las opiniones no coincidan con sus propios ideales.

Si nos centramos en el aspecto biológico, la capacidad sensorial y funcional en estas edades se hacen más importantes, por lo que deben ser valoradas de manera exhaustiva ya que estos déficits sensoriales, (de manera más incipiente el auditivo y el visual), producen un gran impacto en la relación entre el profesional sanitario y el paciente.

Por todo esto podemos aclarar que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería fijará sus objetivos hacia el cuidados y actividades en tres áreas del paciente anciano:

- Física:

En este área el TCAE, ayudará o realizará (en el caso de que el paciente sea dependiente) la higiene personal, además será el encargado de Administrar o controlar la medicación. Otra tarea de la que se tiene que encargar es Controlar su alimentación y su hidratación, y como no, Vigilar cualquier alteración en su piel, uñas, ojos, etc; en cuanto a la movilidad, dará su ayuda tanto en desplazamientos como en transferencias o cambios posturales.

Todo esto se llevará a cabo, bajo la premisa de hacer al paciente geriátrico lo más autónomo posible en sus actividades de la vida diaria.

- Psíquica:

En este área el TCAE Vigilará los cambios que pueda sufrir en cuanto a su nivel de conciencia, al mismo tiempo que presta atención al estado de ánimo y las alteraciones en el sueño.

- Social:

En este área el TCAE, animará al paciente geriátrico para que realice sus actividades diarias intentando que el paciente anciano esté orientado en el tiempo, además de Hacer que ejercite su memoria, sobre todo la memoria reciente.

5 Discusión-Conclusión

Después de revisar la bibliografía pertinente podemos concluir que el paciente geriátrico puede precisar ayuda para la realización de distintas actividades básicas de la vida diaria como pueden ser: acostarse o levantarse de la cama, para el aseo y la limpieza personal, e incluso apoyo para la comida o simplemente darles literalmente de comer; por lo tanto dar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar o retrasar los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para la atención a las personas mayores.

Los TCAE deben saber tratar, evaluar, cuidar y asesorar a este tipo de pacientes. Basándonos en esta premisa podemos afirmar y concluir que una adecuada comunicación entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y el anciano es vital para alcanzar óptimos resultados.

El TCAE debe procurar tener una correcta comunicación verbal y no verbal además de aquellas características paralingüísticas necesarias, es decir, el TCAE deberá hablar al paciente geriátrico despacio, con voz suave y de frente, tratando de ser lo más expresivo posible y utilizar la mímica si fuese necesario, se le expresará de forma clara lo que debe hacer, se le dará información concreta, utilizando frases cortas, sin dejar lugar a incertidumbre. Las preguntas que se realicen han de ser sencillas y directas, se tendrá paciencia con él ante la bradipsiquia para asimilar la información y para emitir respuesta.

Es importante tener en cuenta también el contacto físico que se considera determinante, por ejemplo: se pueden poner las manos entre las del paciente anciano cuando se le le hable o tocarle el hombro.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Rodríguez, J. R., Zas Tabares, V., Jiménez, E. S., López, R. S., & Ramos, M. D. C. C. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*.
2. Fernández, L. K. (2010). Valoración geriátrica integral. *El residente*.
3. Núñez, R. C., Martínez, M. C., Villanueva, N. H. L., Hernández, R. M. A., Alemán, A. F., & Alanís, M. D. C. V. (2008). Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. *Enfermería Universitaria*.
4. Vernet Aguiló, F. (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. *Gerokomos*.

5. Montenegro, E. P., & Cuellar, F. M. (2012). Geriatria y Gerontología. Bolivia: La Hoguera Investigación.
6. Arcaya Vitoria, M. Á. (2007). Calidad asistencial en centros gerontológicos. Revista Española de Geriatria y Gerontología.

Capítulo 165

PROBLEMAS DE METABOLISMO

PAULA SALILLAS

1 Introducción

El término metabolismo, proviene o tiene su origen (del griego μεταβολή, metabolismo, que significa cambio, más el sufijo -ισμός (-isme) que significa cualidad), 1 se refiere a todos los procesos físicos y químicos del cuerpo que pueden transformar o usar energía, tales como: respiración, circulación Cuerpo regulador temperatura, contracciones musculares, digestión de alimentos y nutrientes, eliminación de desechos mediante la orina y las heces, y función cerebral y nerviosa.

Estos procesos complejos e interconectados son la base de la vida a nivel molecular y posibilitan diferentes actividades celulares: crecimiento, reproducción, mantenimiento de su estructura, respuestas a estímulos, entre otras actividades.

El método clásico para estudiar el metabolismo es centrarse en una vía metabólica específica. Los diversos agentes utilizados en el cuerpo son valiosos en todos los tipos de tejidos, desde el tejido hasta la célula, y determinan las vías desde los precursores hasta sus productos finales. inhibidor Otro tipo de investigación que se puede hacer en conjunto es identificar los metabolitos presentes en células o tejidos (el estudio de todas estas moléculas se llama metabolismo). Estudios como estos brindan información sobre la estructura y la función de las vías metabólicas simples, pero se quedan cortos cuando se aplican a sistemas más complejos, como el metabolismo celular total.

2 Objetivos

El principal objetivo de este proyecto de investigación es conocer la diversidad de problemas metabólicos del organismo que sufren las personas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El metabolismo se divide en dos procesos integrados, catabolismo y metabolismo, que van de la mano porque uno depende del otro:

Las reacciones catabólicas que liberan energía; un ejemplo es la glucólisis, un proceso que descompone compuestos como la glucosa, reacción que resulta en la liberación de la energía contenida en sus enlaces químicos.

Por otro lado, las reacciones anabólicas utilizan esta energía para reparar enlaces químicos y construir componentes celulares, como proteínas y ácidos nucleicos.

El metabolismo del organismo determina qué nutrientes son tóxicos. Por ejemplo, algunas células procarióticas utilizan sulfuro de hidrógeno como nutriente, pero el gas es tóxico para los animales. La tasa metabólica y la tasa metabólica también afectan la cantidad de alimentos que necesita un organismo. El sello distintivo del metabolismo es la similitud de las vías metabólicas básicas incluso entre especies muy diferentes. Por ejemplo, la secuencia de pasos químicos en una ruta metabólica como el ciclo de Krebs es común entre diversas células vivas como la bacteria unicelular *Escherichia coli* y organismos multicelulares como los elefantes.

Los seres vivos deben cumplir con las leyes de la termodinámica. La segunda ley de la termodinámica establece que en cualquier sistema cerrado la cantidad de entropía tiende a aumentar. Aunque la complejidad de los seres vivos va en contra de esta ley, la vida es posible porque todos los seres vivos son sistemas abiertos que intercambian materia y energía con su entorno. Así, los sistemas vivos no están en equilibrio, pero los sistemas en descomposición mantienen su estado

complejo porque provocan o pueden causar un mayor aumento de la entropía del medio. procesos de asimilación. Desde una perspectiva termodinámica, el metabolismo mantiene el orden creando caos.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome o problemas metabólicos se deben por varias causas como el sobrepeso y obesidad. Un estilo de vida inactivo o sedentario sin actividad física, resistencia a la insulina: una condición en la que el cuerpo no puede usar adecuadamente la insulina, una hormona que ayuda a mover el azúcar en la sangre a las células para obtener energía.

Los trastornos metabólicos ocurren cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso. Cuando esto sucede, es posible que tenga demasiado o muy poco de las sustancias que su cuerpo necesita para mantenerse saludable. Hay muchos grupos diferentes de trastornos.

6 Bibliografía

1. Origen de las palabras, en Diccionario etimológico, consultado en [1] el 9 de octubre de 2015.
2. «Metabolismo». Enciclopedia Médica. MedlinePlus. 25 de octubre de 2006. Consultado el 26 de octubre de 2007.
3. Friedrich C.G., "Physiology and genetics of sulfur-oxidizing bacteria", *Adv Microb Physiol* 1998, 39: 235-289. PMID 9328649.

Capítulo 166

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: FUNCIONES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NEREA DE LA CERA AMENEDO

MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ

M^a ADELA GARCIA MENENDEZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

1 Introducción

La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución de la función renal.

Consiste en eliminar sustancias nocivas y tóxicas de la sangre, sacando ésta del organismo, haciéndola circular por una máquina y pasándola por un filtro que se llama dializador y ahí es donde se eliminan las toxinas y el exceso de líquidos. Después de esto vuelve a entrar la sangre al organismo totalmente limpia.

Las enfermedades del riñón son caracterizadas por la disminución de la funcionalidad de los riñones. Por regla general cuando un paciente comienza a tener problemas con el riñón, es derivado a la unidad de diálisis de manera temporal, hasta que se le realiza un trasplante.

En caso de no ser apto para dicho trasplante, su única opción para mejorar la calidad de vida es la diálisis. Hay varios procedimientos que se han desarrollado

de manera reciente como son la hemofiltración, hemodiafiltración, ultrafiltración y hemoperfusión.

Gracias a los grandes avances de la tecnología y los mayores conocimientos sobre dicha enfermedad se han podido modificar las técnicas y cada vez son mucho más eficaces.

La atención de los pacientes en esta unidad es labor del equipo de enfermería, del que forma parte el TCAE, que se ocupa de los cuidados básicos del paciente durante todo el proceso.

2 Objetivos

Conocer la importancia del TCAE (auxiliar de enfermería) en la unidad y sobre todo saber cuales son las funciones de éste dentro de la unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado acabo 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, Scielo.

4 Resultados

Las funciones del TCAE (auxiliar de enfermería) en la unidad de hemodiálisis son las siguientes:

- Recibir al paciente, pesarlo y tomarle la temperatura tanto a la entrada como a la salida del servicio. De esta manera se puede saber la diferencia entre el peso seco y el peso acumulado. Si se encontrara alguna anomalía debe anotarse y comunicarlo al superior para proceder de la mejor manera posible.
- Informar al paciente cuando llega a la unidad del procedimiento que se le va a aplicar, técnicas que se van a usar y duración del tratamiento.
- Verificar que el paciente esté cómodo.
- Realizar test de presencia de ácido peracético antes de empezar con el procedimiento.
- Preparar y revisar todo el material necesario para realizar el procedimiento, con todas las variantes dependiendo del tipo de diálisis de cada paciente (jeringuillas, paños estériles, agujas de fístula..)

- Ayudar a la enfermera en el momento de conexión y desconexión del paciente a la máquina, proporcionando materiales que pueda necesitar para realizarlo, aparte de los que ya están preparados.
- Medir la tensión arterial cada media hora y anotarlo.
- Realizar tareas de limpieza y desinfección de las máquinas, tanto de manera interna como de manera externa después de cada sesión.
- Reponer carros de curas y otros materiales que se necesiten.
- Colaborar controlando el correcto funcionamiento de los equipos y si hay algún problema o mal funcionamiento, comunicarlo de inmediato al superior.
- Preparar el material necesario para el siguiente turno de pacientes (líneas de conexión, dializadores, líquidos, lencería...).

Cuando un paciente comienza la hemodiálisis deberá adaptar su vida para incorporar las sesiones de tratamiento a su rutina diaria. También sería posible que tenga que hacer cambios en su trabajo o vida familiar, renunciando a realizar ciertas actividades o responsabilidades.

Aceptar estos cambios puede ser difícil para el paciente y su familia.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que sufren insuficiencia renal tienen una gran cantidad de trastornos o enfermedades. Al conocer que sufren una enfermedad crónica presentan sentimientos de rabia, frustración, trastornos ansioso-depresivos y alteraciones en el estado emocional.

La depresión es un factor de riesgo de mortalidad en todas las modalidades de diálisis, en todos los grupos de edad y tanto en hombres como en mujeres. La depresión se ha relacionado con la mayor probabilidad de abandono de tratamiento y falta de adherencia al tratamiento farmacológico y restricciones de dieta y líquido.

Algunas técnicas de intervención psicosocial que se han utilizado para el tratamiento de la depresión son terapias que señalan que el tratamiento cognitivo conductual y el ejercicio físico, son eficaces en la reducción de síntomas depresivos.

La persona que tiene que someterse a este tratamiento, tiene que ser consciente de que se debe adecuar a las circunstancias, estilo de vida, hábitos de higiene y una alimentación adecuada para un éxito del tratamiento.

Para que pueda llevar a cabo todo esto la ayudarán y apoyarán tanto el TCAE, como el equipo de enfermería. Todo el equipo de la unidad de hemodiálisis

cuidará de su bienestar físico y psicológico para que se sienta seguro y así poder fomentar la aceptación de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. www.nefrologiaaldia.org.
2. www.scielo.isciii.es.
3. www.mayoclinic.org.
4. www.rmedica.es.
5. www.portalesmedicos.com.

Capítulo 167

ÚLCERAS POR PRESIÓN

EVA BEATRIZ PRADO SUÁREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) también conocidas por "úlceras por decúbito", son un problema evitable en un 95 % de los casos pudiendo ocasionar reducción de la calidad de vida del paciente, prolongación de la estancia hospitalaria, sobrecargo del trabajo de la enfermera, etc.

La úlcera por presión es una lesión de origen isquémico producida por un daño tisular por presión, rozamiento, fricción prolongado de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro durante un tiempo prolongado.

Según diversos estudios epidemiológicos para el estudio de las úlceras por presión existen diversos grupos de mayor riesgo de padecerlas: pacientes ancianos con fractura de fémur, pacientes tetraplégicos y pacientes críticos.

Las úlceras pasan por diferentes estadios que se diferencian por la profundidad, severidad, daño de la piel y tejidos.

Algunos factores de riesgo como la inmovilidad, incontinencia, deficiencias nutricionales e hidratación provocan el comienzo de las úlceras, la gravedad de las lesiones van desde un eritema cutáneo hasta la pérdida total de la piel en todo su espesor con necrosis de los tejidos blandos llegando a prominencias óseas.

La prevención constituye un pilar fundamental para la formación de estas y debemos conocer las causas de su aparición, que como trabajador sanitario (TCAE) tenemos una gran responsabilidad.

Es necesario una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta ningún riesgo de aparición de las úlceras por presión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los distintos tipos de úlceras por presión.

Objetivos secundarios:

- Conocer los principales factores de riesgo.
- Saber los recursos que hay para prevenirlas.

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 se han consultado artículos en las principales bases de datos: Manual msd, medlineplus, mdsau.

4 Resultados

Las úlceras por presión son zonas necrosadas y de ulceración en los tejidos blandos que son presionados entre prominencias óseas y superficies externas duras. Factores extrínsecos como la presión, fricción, cizallamiento, humedad y tiempo y factores intrínsecos como la edad, pérdida de la función sensitiva-motora, disminución de la percepción, déficit nutricionales y de oxígeno aumentan el riesgo de padecer UPP.

Hacer una valoración previa del paciente a su ingreso y registrar alteraciones de la piel facilita a las actuaciones de prevención y la continuidad de los cuidados del técnico auxiliar de enfermería para actuar de forma preventiva con un buen aseo y secado de la piel utilizando productos barrera como cremas hidratantes, observando el estado de la piel detectando zonas enrojecidas, evitar arrugas en la cama, costuras, protegiendo las prominencias óseas con apósitos hidrocoloides, evitar la maceración e infección de la piel por el contacto de exudados, orina, heces realizando el cambio de pañal y aseo siempre que sea necesario, movilizaciones y cambios posturales: pacientes de bajo riesgo se harán una vez en el turno, pacientes de riesgo medio cada 4 horas y de riesgo alto cada 2 horas, además de la utilización de superficies especiales de manejo de la presión como colchonetas, colchones, cojines, taloneras, etc.

Clasificación de las úlceras por presión:

- Primer grado: presencia de eritema cutáneo que no palidece al retirar la presión.

- Segundo grado: pérdida parcial del grosor de la piel afectando a epidermis y/o dermis. Flictena.
- Tercer grado: pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo presentando un cráter sin afectar a la fascia subyacente.
- Cuarto grado: plena lesión del grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño músculo, hueso o elemento de sostén.

Como tratamiento general, el alivio de la presión sobre los tejidos y prevención, soporte nutricional, manejo del dolor, soporte emocional.

Gomo terapia local, limpieza de la herida, desbridamiento, control del exudado, control de la infección, estimular la cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

Hacer una valoración previa del paciente a su ingreso con una valoración del estado de la piel antes de su ingreso ; edad, grado de movilidad, incontinencia, estado nutricional, problemas circulatorios y después cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente; isquemia, intervención quirúrgica prolongada, pérdida de movilidad o sensibilidad, facilita la continuidad de los cuidados. Como personal sanitario debemos tomar consciencia y responsabilidad de la gravedad del problema que nos afecta y adquirir una "Cultura de prevención" utilizando todos los recursos que están a nuestro alcance. El principal factor de riesgo de desarrollar UPP, el más importante, es la presión mantenida durante un largo periodo de tiempo que se podría evitar con los protocolos de prevención.

6 Bibliografía

1. Manual msd. Úlceras por decúbito. Por Ayman Grada , MD, MS, Department of Dermatology, Boston University School of Medicine; Tania J. Phillips , MD, Boston University School of Medicine. Última modificación del contenido sep. 2019 <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/%C3%BAlcera-por-dec%C3%BAbito/%C3%BAlcera-por-dec%C3%BAbito>.
2. Medline plus. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. Página actualizada 24 septiembre 2021. <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>.

Capítulo 168

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL ADULTO

CORNELIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

ANA LAFUENTE SUAREZ

MONICA MENENDEZ MENENDEZ

ANABEL ISABEL FRANCO CERCADO

LUCIA PEREZ DIAZ

1 Introducción

Según el diccionario de la Real Academia Española definimos higiene como el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican las personas para el control de los factores que ejercen o pueden tener efectos nocivos sobre la salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

La higiene es una de las actividades fundamentales características del rol que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, nos permite establecer una relación cordial, dotar de bienestar y comodidad al paciente.

También nos ayuda a detectar de una forma precoz cambios en el estado de la piel y en las cavidades corporales, nivel de dependencia, movilidad del paciente, estado nutricional en el que se encuentra la persona y patrón del sueño, entre otros.

Gracias a esta valoración podemos determinar las medidas preventivas que protegen al paciente de riesgos, amenazas y enfermedades. La higiene corporal es el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para mantener un estado saludable y aumentar su vitalidad.

A lo largo del día, nuestro cuerpo va acumulando diferentes residuos y suciedades, entre los que se encuentran: sudor, grasa, células muertas, polvo y residuos sólidos, todos ellos pueden y deben ser eliminados a través de una correcta higiene diaria.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de baños a realizar en función de la situación del paciente (paciente encamado, paciente no encamado), así como el proceso de limpieza y prioridad de las diferentes partes del cuerpo: higiene de la piel, higiene del cabello, higiene de los genitales, higiene de las manos y uñas, higiene de los pies e higiene bucal, dentro de la cual podemos encontrarnos dentaduras postizas.

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

Procederemos a observar el tipo de higiene necesario en función de los parámetros y del paciente que debemos atender según mencionamos en los objetivos.

Por un lado debemos valorar aspectos como la temperatura del baño recomendada, en función del área que vamos a limpiar, si se trata de las manos y uñas, el

agua debe estar entre 34 °C y 36 °C, sin embargo si se trata de un baño general, la temperatura a adoptar será de entre 36,5°C y 37,5 °C.

Si el paciente es no encamado, se hará un supervisión del baño y se ofrecerá una ayuda mínima, si es necesario se facilitará un taburete para que se duche sentado.

El TCAE debe preparar todo lo necesario antes de la ducha o el baño; cerrar puertas y ventanas para evitar corrientes de aire, tener a mano el gel de ducha, la toalla y ropa o pijama, alfombrillas antideslizantes dentro y fuera de la bañera y siempre debemos intentar que la ducha o baño sea por inmersión sin exceder los 10-15 minutos.

Por otro lado, si el paciente es encamado, debemos vigilar el estado de la piel, así como las movilizaciones y cambios posturales, para disminuir el riesgo de presentar úlceras por presión.

En este procedimiento necesitaremos contar con determinados materiales: dos palanganas, jabón de ph neutro, esponja, toallas, ropa de cambio, crema hidratante y material complementario como puede ser. cepillo, lima de uñas, material de afeitado, colonia y sujeciones del pelo.

Higiene en las diferentes partes del cuerpo:

- Higiene de la piel, debemos retirar el exceso de grasa, suciedad, polvo del ambiente y eliminar la descamación de la piel en el aseo diario.
- Higiene del cabello, es muy importante ya que evitamos parásitos como los piojos, si la estancia va a ser larga, es conveniente invitarle a un corte de pelo. En cuanto a la barba y al bigote eliminaremos los restos de comida y observaremos posibles lesiones bajo los mismos.
- Higiene bucal, es importante evitar que la flora bacteriana acabe formando una caries, infecciones por hongos, neumonía y alteraciones dentarias.
- Higiene ocular, para evitar infecciones es necesario lavar con abundante agua y no permitir que los ojos entren en contacto con el jabón, para evitar que se irriten. El secado debe ser con una gasa estéril para cada ojo.
- Higiene de los oídos, es de suma importancia limpiar los oídos y las orejas con una torunda de algodón.
- Higiene de nariz, la realizaremos con un pañuelo o una gasa húmeda, en caso de haber una irritación usaremos vaselina o cremas hidrosolubles, nunca introduciremos los dedos en las fosas nasales.
- Higiene de manos, pies y cuidado de uñas, es necesario el lavado de manos tras salir del baño, y antes y después de comer. Las uñas (tanto de manos como de

pies), deben estar cortadas en línea recta y con los bordes lisos para evitar producir heridas y lesiones como los padrastrós. Los pies necesitan una limpieza diaria para evitar malos olores, así como la limpieza interdígital, también debemos asegurarnos de secar muy bien los dedos, para evitar la presencia de hongos.

- Higiene de los genitales, se recomienda realizar la higiene a diario y preferiblemente después de la micción o la defecación, ayudado de una palangana o cuña, con agua limpia sin jabón, de adelante hacia atrás, de la zona púbica hacia el ano, luego se enjabonará, se aclarará y se secará.

5 Discusión-Conclusión

La recopilación bibliográfica y documental se usa previamente en el proceso de confección de un marco conceptual y teórico en cualquier tipo de investigación, ya que gracias a ella se logra conseguir información y datos sobre la cuestión formulada.

En este caso con la correcta higiene del paciente, logramos abarcar varias premisas, por un lado conseguimos prevenir infecciones y que el paciente se encuentre cómodo y por otro lado, logramos con la higiene diaria realizar una observación sistemática de cualquier parte del cuerpo, que puede ser de gran ayuda desde un punto de vista preventivo, al detectar cualquier tipo de alteración que surja en el cuerpo del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://ellibro.net/es/ereader/universidadcomplutense/120367>.
2. <https://www.institucioibars.com/cuidado-personas-mayores-fobia-al-bano/>.
3. "Higiene del medio hospitalario y limpieza de material" Ana María Fernández Espinosa, Evangelina Pérez de la Plaza. Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L. ISBN: 978-84-481-7700-3.
4. "Higiene y atención a personas dependientes" M. Santuy, S. Collado, J. Camacho. Editorial Albay Consultoría y Formación. ISBN: 978-84-937-6377-0.

Capítulo 169

MOBBING ENTRE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

GLORIA GARCÍA SENCHERMAN

ÁNGEL MANUEL FRAGA FERNÁNDEZ

ADRIANA VIEIRA MARTINS

ANDREA FERNÁNDEZ TEJERO

MARÍA BELÉN LÓPEZ BRAÑA

1 Introducción

En la actualidad la violencia es un problema que afecta a nivel mundial y se encuentra en todos los ámbitos, entre ellos el laboral. La OMS (organización mundial de la salud) define la violencia en el trabajo como “incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o agredido en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta al lugar de trabajo, implicando un desafío explícito o implícito en su seguridad, bienestar o salud”.

En el ámbito laboral debemos distinguir diversas formas de violencia, que pueden ir desde accidentes físicos hasta sufrimiento psicológico, y es en este último aspecto donde ocurre el mobbing en el personal sanitario. Los cambios acelerados del mundo laboral han gestado la aparición de este fenómeno de acoso.

Las organizaciones de trabajo han evolucionado hacia un ambiente de competitividad entre su personal hasta unos niveles insospechables hace unos años. Además, podemos observar en estas organizaciones, un exceso de condiciones

negativas como son la escasez de recursos materiales, un reducido y escaso número de trabajadores por unidad, con ratios de personal por debajo de lo necesario, etc., condiciones que favorecen la aparición del asedio moral, consistente en conductas abusivas y acosadoras, entre compañeros de trabajo, que se pueden expresar en forma de actitudes verbales, hasta actos o comportamientos que pueden dañar la integridad física o psicológica del trabajador.

En función del país o zona en donde describa, el asedio moral en el trabajo recibe diferentes nombres para identificarlo. Así, podemos encontrar en la literatura términos como asedio psicológico, acoso moral, acoso psicológico, etc., haciendo todas ellas referencia a la agresión emocional en el lugar de trabajo, siendo un acoso deliberado, sistemático y continuo.

El concepto de mobbing ha sido introducido en Europa por Leymann, quien fue el autor que hizo el primer estudio científico sobre el tema. Este investigador detectó la presencia de un terror psicológico en el ambiente laboral y lo identificó como “un fenómeno en el que una persona o grupo de personas, ejerce violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado por más de seis meses en el que los ataques se reciben con una frecuencia de dos veces a la semana, sobre otra persona en el local de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar la ejecución de su trabajo y conseguir finalmente que esa persona o personas abandonen el local de trabajo”.

Siguiendo a este trabajo, muchos han sido los autores que han estudiado este fenómeno, barajando diferentes conceptos, aunque todos hacen referencia al mismo proceso y coincidiendo en que se trata de una sucesión escalonada de conductas hostiles que son perpetradas por una o más personas hacia otra, que si se mantienen en el tiempo pueden llegar a provocar importantes daños en la salud física y psíquica de la víctima.

Una forma funcional de clasificar este tipo de acoso, asedio moral en el trabajo, llamado mobbing, es hacerlo en función del nivel jerárquico del acosador con respecto a la víctima. Así, nos encontramos principalmente con tres formas de acoso; el mobbing ascendente (cuando una persona de nivel jerárquico superior sufre agresiones por parte de uno o varios de sus subordinados), horizontal (cuando un trabajador es asediado por un colega del mismo nivel jerárquico), y descendente (es el más frecuente y hace referencia a aquel en el que una persona que tiene poder y autoridad, asedia a su subordinado alcanzando la esfera psicológica del trabajador y logrando con esto mantener su posición jerárquica. Estudios más recientes identifican otro tipo de acoso o mobbing, al que clasifican como intraprofesional, el cual no tiene en cuenta el rango jerárquico de los

implicados, sino su pertenencia a un mismo colectivo.

La aparición del mobbing es de forma insidiosa, progresiva provocando cada vez dolor y daño en la víctima. Hay una progresión inevitable del proceso, que finalmente termina por ser irreversible. Varios autores identifican cinco fases o etapas en la aparición del mobbing. En la primera etapa, aparece un conflicto entre compañeros, que todavía no se puede clasificar de mobbing, pero de continuar en el tiempo se podría convertir en tal fenómeno. La segunda fase se caracteriza por la presencia de comportamiento agresivo acompañado de ataques psicológicos (estos dos aspectos son indicadores de que el conflicto, ya sea convertido en mobbing). La tercera etapa se identifica por la intervención del entorno laboral (tanto de compañeros como superiores). En la cuarta fase, la víctima del hostigamiento, ante la imposibilidad de resolución del conflicto, pasa a ser considerada como persona difícil o emocionalmente enferma. Esta falta de comprensión por parte del entorno laboral acelera el proceso, al considerar a la víctima responsable del problema. Esta situación estresante para el trabajador acosado hace que el profesional sanitario acabe siendo despedido, o que el mismo pida a la renuncia a su trabajo y deje la organización. Como final al proceso, en la quinta y última fase, el trabajador sanitario a consecuencia del abandono de su puesto de trabajo experimentará una reacción post-traumática con estrés emocional seguido de trastornos psicósomáticos que pueden dejar secuelas y daños muy graves en la propia víctima.

La literatura internacional evidencia un alto índice de mobbing en el entorno laboral sanitario. Describe este colectivo como altamente vulnerable. La complejidad de la dinámica hospitalaria, las deficientes condiciones organizacionales de trabajo y la permisividad de las instituciones sanitarias frente a conductas hostiles, etc., son un excelente caldo de cultivo para la aparición del acoso laboral en este colectivo. Varios autores alertaron, ya en los años ochenta, sobre la hostilidad perpetrada en el ambiente sanitario y el sector de la salud, y sobre todo sobre el colectivo de enfermería.

Las consecuencias generadas por el mobbing van más allá de la dinámica del profesional, servicio o usuarios, ya que también afecta a los costes administrativos, de manera directa e indirecta. De manera directa serán los derivados de las bajas por enfermedad o discapacidad, así como la pérdida de días de trabajo, mientras que los costes indirectos hacen referencia a la disminución de la motivación y a la pobre calidad y atención al paciente o usuario de los servicios de salud.

Todas la descalificaciones, humillaciones y amenazas sufridas por la víctima, le desencadenan problemas psicológicos, deterioro en las relaciones interpersonales y disminución del rendimiento laboral. En relación a su salud suelen aparecer

muestras de depresión, ansiedad, estrés e intenciones reiterativas de abandonar el puesto de trabajo.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo es hacer un repaso documental y bibliográfico de la situación del acoso laboral o mobbing en el entorno laboral de los profesionales de la salud.

3 Metodología

Para responder a los objetivos de este trabajo, realizamos una revisión documental de artículos seleccionados en páginas especializadas de internet como Pubmed, Medline, Cochrane, etc. y en revistas de corte científico como Science, etc.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda han sido: mobbing, acoso laboral, personal sanitario, acoso psicológico.

El periodo de búsqueda queda incluido entre el 01 de noviembre 2019 y 20 enero 2020, y la limitación cronológica de la búsqueda comprendida entre 1995 y 2020. En una primera selección se localizaron 17 referencias bibliográficas, de las cuales se eliminaron 4 por duplicidad en los estudios revisados.

A las referencias restantes les aplicamos unos criterios de inclusión/exclusión, para la admisión en nuestro estudio.

Los criterios de inclusión/exclusión fueron los siguientes:

Los criterios de inclusión han sido trabajos o estudios que aporten información sobre el acoso laboral en el sector sanitario, fueron validos cualquier metodología de trabajo, estudios que aporten datos numéricos y científicos sobre el acoso en personal sanitario, trabajos con acceso al texto integral.

Los criterios de exclusión han sido los trabajos de estudios de casos y trabajos sobre el acoso laboral en otras ramas que no sean sanitarias.

Después de este segundo filtro, quedaron eliminadas 3 referencias.

4 Resultados

Los resultados obtenidos después de la revisión bibliográfica de artículos que hemos realizado para nuestro estudio vienen a confirmar, con mucha aproximación, los datos expuestos en la parte introductoria de nuestro trabajo.

El acoso laboral o mobbing es fenómeno ampliamente tratado por muchos autores de diferentes disciplinas. Aunque, la definición exacta y precisa esta, aún, por llegar, sí hay una unificación de los criterios y factores que definen a este fenómeno. El acoso laboral es mucho más que un simple desacuerdo o conflicto laboral entre dos compañeros, en relación a una situación laboral. Se puede entender como una serie de agresiones y conductas abusivas que una persona o grupo de personas ejercen contra otra persona, en el entorno laboral.

Podemos entenderlo como un fenómeno difícil y complejo, que debe ser entendido y comprendido desde un estudio de factores personales y ambientales, como los factores individuales, sociales y de organización.

Este tipo de conductas agresivas en un principio son de baja intensidad (acoso y abuso psicológico, intimidación, etc.), para después de un tiempo subir en intensidad y pasar a ser conductas más violentas (agresiones verbales, físicas, desprestigio, etc.). En varios trabajos se relaciona positivamente la intimidación y la intención del abandono del trabajo.

En el sector profesional sanitario, el mobbing ha sido identificado como un importante y creciente factor de riesgo, favorecedor de tensión laboral entre los profesionales de la salud. Esta situación de tensión genera unas consecuencias negativas para los profesionales que son víctimas y es muy habitual tener altas tasas de alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, etc.), así como importantes trastornos psicosomáticos (problemas osteomusculares, cefaleas, temblores, etc.).

En cuanto a la frecuencia del acoso entre los profesionales de la salud, los estudios revisados indican que aproximadamente uno de cada cinco trabajadores de la salud ha sufrido hostigamiento por parte de compañeros en los doce últimos meses. Este dato se incrementa segunda la unidad y el servicio valorado, la temporalidad del control.

Es importante señalar el alto porcentaje, en la percepción de la existencia de acoso laboral en el entorno laboral, desde la situación de espectador. Varios estudios indican que gran parte de los profesionales sanitarios son conocedores de la existencia de acoso laboral en su entorno profesional, siendo estos espectadores de esta situación, y no interviniendo en ella, por miedo a ser los siguientes objetivos, a ser las próximas víctimas.

Otra de las consecuencias negativas de la exposición constante a la tensión laboral es el importante deterioro en la realización de su trabajo por parte de la víctima del acoso. El descenso de la calidad del trabajo realizado por la víctima esta, en relación directa a la tensión sufrida durante el tiempo de acoso laboral. Un importante hallazgo observado en varios estudios es identificar un mayor

consumo de sustancias y fármacos, por parte de los profesionales acosados, sobre todo psicofármacos, con consecuencias muy negativas para la salud de estos individuos.

Con relación al acoso laboral entre personal sanitario, es interesante identificar las diferencias relacionadas con respecto al género de la víctima. El sexo femenino es el género más afectado por el acoso, y concretamente el grupo de enfermería, con mayoría importante de mujeres, es la profesión sanitaria que más casos de acoso laboral presentan anualmente, independientemente de la unidad o servicio de pertenencia de la víctima.

En cuanto a la forma de acoso, esta también varía entre los géneros. En general en el colectivo femenino, las agresiones sufridas por estas están más relacionadas con los valores personales y factores emocionales, mientras en el grupo masculino, el hostigamiento está más relacionado con factores laborales como el rendimiento, la calidad de trabajo, etc.

Hay diferentes formas de clasificar el mobbing, pero la más utilizada es hacerlo en relación al nivel jerarquía entre el acosador y el de la víctima. Así, encontramos hasta tres tipos diferentes de acoso laboral o mobbing. Por un aparte tenemos el mobbing ascendente, donde un sujeto de nivel jerárquico superior es hostigado por otro sujeto de nivel jerárquico inferior. Por otra parte, cuando un individuo de nivel inferior es acosado por otro de un nivel superior, este se denomina acoso descendente, o también en varios trabajos revisados se usa el término de bossing. Finalmente encontramos un acoso horizontal en donde el acoso es entre compañeros profesionales del mismo nivel jerárquico. Varios autores distinguen también un cuarto tipo de acoso laboral, que denominan como acoso intraprofesional, en donde no se tiene en cuenta el rango jerárquico de los sujetos implicados, sino que se tiene en cuenta la pertenencia a un mismo grupo o colectivo profesional.

En referencia a la evolución cronológica del acoso, podemos diferenciar varias fases que se repiten con claridad, en los diferentes trabajos revisados. Hay una evolución inevitable del fenómeno, que finalmente termina por ser irreversible. Ya por los años noventa, Leymann identificó unas cinco etapas. La primera etapa se corresponde a la aparición de un problema o conflicto, que aún no se puede considerar como acoso, pero si esta situación se continua en el tiempo, podría convertirse en mobbing. En la siguiente fase empiezan a aparecer actitudes y comportamientos psicológicamente agresivos, que son indicativos que ya se ha convertido el problema inicial en mobbing. En la tercera fase, parece que el entorno hace un intento de intervención, pero sin mucho éxito. La cuarta etapa es la imposibilidad de resolución del problema por parte del entorno laboral, lo que

acaba convirtiendo a la víctima en una persona complicada y enferma emocionalmente. Esta situación de no comprensión por el entorno genera en la víctima una gran sensación de impotencia, que acelera su decisión por dejar el puesto de trabajo. En la quinta y última fase, el sujeto acosado después de abandonar su situación laboral siente una sensación de ansiedad y estrés emocional, que puede ser acompañada de trastornos psicosomáticos.

En cuanto al colectivo de profesionales de la salud, diferentes autores identifican variables como la complejidad del sistema sanitario, las escasas condiciones organizacionales y la permisividad de las instituciones frente a estas situaciones irregulares, como las variables principales de la aparición del acoso laboral en las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica realizada en nuestra investigación confirman en un porcentaje alto, la situación del mobbing en el personal sanitario expuesta en nuestro planteamiento inicial introductorio.

El mobbing o acoso laboral, es un fenómeno antiguo pero creciente en las últimas décadas en el sector sanitario. Las deficientes condiciones de organización laboral, sumado a situaciones de competitividad, son un excelente caldo de cultivo para la aparición del mobbing en el personal de la salud.

Observamos que es un problema que afecta mayoritariamente al género femenino pero que es más violento cuando le corresponde el sufrimiento al sexo masculino.

Es un fenómeno silente, que se aprovecha de la pasividad del entorno laboral para su ejecución.

Es un proceso crónico, que se inicia con un conflicto mínimo mal resuelto y que crece en importancia con el tiempo y el consentimiento de la organización. Las obsoletas normas laborales del mundo sanitario facilitan la gestación y aparición de este tipo de procesos, cuyas víctimas padecen unas importantes y dañinas consecuencias tanto físicas como psíquicas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 170

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA ANTE LA ESQUIZOFRENIA

CARMEN SUSANA GARCÍA LOREDO

CRISTINA CIDON GUTIERREZ

1 Introducción

Bajo el nombre de “esquizofrenia” se denomina a un grupo de trastornos crónicos y de origen desconocido, que cursan con alteraciones de la salud mental en diferentes niveles sociales: tanto en la afectividad, el pensamiento, la conducta, las relaciones interpersonales y la percepción de la realidad de quien lo padece. Su particularidad más reveladora es la aparición de síntomas psicóticos.

La comunicación entre el TCAE y el paciente ha de ser directa y específica. No se debe seguir la corriente y conversar con sus “voces” para no reforzar la idea al paciente de que éstas son reales. Por tanto, debemos minimizar el miedo, la ansiedad o agitación del paciente dentro de un ambiente organizado que se complete con diferentes actividades planificadas. Debemos animarle para darle así ocasión para que ponga palabras a lo que siente sobre sus aprehensiones.

Es indispensable que el TCAE sepa respetar el espacio personal del enfermo, no invadirlo, estableciendo contacto físico con el mismo desde la cautela, puesto que algunos pacientes con ideas delirantes, pueden percibirlo como una intimidación y reaccionar a ello.

El TCAE debe intentar identificar las necesidades emocionales que se esconden en esas ideas de amenaza para así poder actuar dándoles respuesta. Se deberán explicar al paciente las acciones, tratamientos, medicaciones, y pautas a seguir, adelantándose, para que él vaya asimilando cada paso y así restringir el miedo emocional a las mismas.

2 Objetivos

- Establecer las pautas concretas de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de psiquiatría ante pacientes con esquizofrenia.
- Conocer las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad y saber sus síntomas.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado 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 hospitalización de los esquizofrénicos generalmente ocurre cuando el paciente sufre una crisis mental u otra condición grave que afecta significativamente su salud. Idealmente, debe ser breve y en la sala de psiquiatría de un hospital general. Para comprender mejor las causas de esta enfermedad, es útil conocer sus principales síntomas. Generalmente se clasifican en dos grandes grupos: síntomas positivos y síntomas negativos. Es importante señalar que el término positivo no se refiere a que sea algo beneficioso para el paciente, sino a que suman algo a su vida que antes de la dolencia no existía. De manera similar, los síntomas negativos plantean la desaparición de cualidades o habilidades que estaban intactas o casi sin cambios.

Dentro de los positivos están:

- Delirios - Alucinaciones - Incongruencia verbal - Perturbación del pensamiento
- Conducta desordenada.

Los negativos son:

Debilitación a nivel afectivo - Abulia (apatía) - Alogia - Anhedonia - Dificultad de atención.

Delirio (ideas delirantes). Son conceptos erróneos patológicos, que son indiscutibles y no pueden ser refutados bajo ningún argumento lógico.

Puede haber delirios:

- De persecución: el enfermo cree que están atentando contra él.
- De culpa o pecado: cree que ha hecho algo que nadie podrá perdonar.
- De grandeza: cree ser famoso.
- Religioso: preocupación por creencias falsas de naturaleza religiosa .
- De control: cree que sus sentimientos o formas de actuar están controlados por una fuerza externa.
- De lectura del pensamiento: sufre por que alguien puede ser conocedor de sus pensamientos.

Alucinaciones: son cambios cognitivos de cualquier tipo, a menudo auditivos, aunque son estímulos que no existen, solo existen para el paciente.

Puede presentar alucinaciones:

- Auditivas: voces u otros sonidos.
- Kinestésicas: sensaciones corporales especiales (ardor, hormigueo, percepción de que su cuerpo ha cambiado de forma y talla).
- Olfativas: olores que provocan náuseas. - Visuales: ve objetos o seres que no están presentes.

También puede experimentar sensaciones perceptivas extrañas, por ejemplo la desrealización (cuando su entorno se vuelve agreste y desconocido). Si este sentimiento de alienación afecta a su propio yo , se llamaría despersonalización.

Alteraciones del curso del pensamiento el paciente puede estar incluso horas sin poder pensar con un curso normal o con pensamientos que aparecen y desaparecen rápidamente sin poder asimilarlos, lo cual deriva en que no pueda centrar su atención. Es difícil para él ordenar sus pensamientos con lógica, resultando confusos para quien está a su lado. Por ello es difícil mantener una conversación, lo cuál aumenta el riesgo de aislamiento social y afectivo del paciente.

Alteraciones de la psicomotricidad que pueden ir desde la agitación psicomotora a la esquizofrenia catatónica.

Pueden aparecer también:

- Manierismos: movimientos o gestos discordantes en acciones ordinarias como la marcha, la escritura, alimentación.

- Estereotipias: movimientos repetitivos sin sentido.
- Ecopraxia: el paciente imita los movimientos que hace otro individuo.

Trastornos conductuales asoman conductas inapropiadas, introversión social y alejamiento afectivo.

Abulia falta de energía e interés en los ámbitos sociales de la vida del paciente.

Anhedonia problemas para experimentar aliciente o placer.

Problemas de atención sólo es capaz de concentrarse a veces.

El modo adecuado en el que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá interactuar con el paciente y realizará su cometido será el siguiente:

Tendrá que cubrir las necesidades básicas del paciente y su ABVD (actividad básica de la vida diaria) si no puede valerse por sí mismo. Será el responsable de limpiarlos, alimentarlos, etc. cuando no pueda por sí mismo, pero siempre alentando al paciente a recuperar esas habilidades.

En la unidad de psiquiatría, los pacientes suelen comer juntos en el comedor, y el TCAE hará un seguimiento constante de esta actividad, contando los cubiertos al final de cada refrigerio. Debe llevar un registro de la ingesta de alimentos y la producción de orina, así como anotar su comportamiento alimentario (por ejemplo, si evita compartir una mesa con otras personas, si solo come alimentos enlatados, si evita alimentos sólidos o líquidos, etc.)

Debe alentarlos a que exprese su miedo a la comida, por ejemplo, si cree que tiene una intoxicación alimentaria. Cuando surgen pensamientos como estos, puede ser útil abrir, cerrar y preparar alimentos delante del propio paciente.

Promoverá la higiene diaria, velará por que los pacientes la realicen correctamente, garantizando al mismo tiempo la privacidad. Si no lo hace solo, le ayudará, fomentando el autocuidado para que el paciente pueda ganar independencia. Se procurará que los pacientes lleven ropa de calle y no de hospital, salvo prescripción médica, para potenciar la autoestima y el deseo de vida social.

En los pacientes con esquizofrenia catatónica, es común colocar catéteres en el recto y la vejiga, cambiar de posición para prevenir las úlceras por presión, estimularlos verbalmente y, en casos graves, ingerir alimentos a través de sondas.

En cuanto a los patrones de sueño, el TCAE registrará la cantidad de horas que duerme, así como la frecuencia de las interrupciones. Debe promover un ambiente libre de estímulos, como ruido, luz, etc., que impidan el confort, así como mantener una temperatura interior adecuada. Se debe sugerir un programa diario de actividad física y mental que provoque cansancio al paciente durante el día para que el paciente descanse bien por la noche, evitando el sueño diurno, el reposo prolongado en cama y los largos períodos de descanso desorganizado. Puede tomar medidas para promover la comodidad, como tomar una ducha tibia

antes de acostarse.

Cuando un paciente tiene un episodio de cambios sensoriales (visuales, auditivos, motores, etc.), o delirios, se debe evaluar si puede afectar la supervivencia o la seguridad del paciente y actuar en consecuencia.

Los objetivos deben ser evitar la situación y lograr una conciencia realista del entorno y de sí mismo. Para ello, es necesario limitar el número de estímulos alrededor del paciente que pueden distorsionar, evaluando la respuesta del paciente a los mismos. Debe buscar datos que puedan indicar una actividad cognitiva patológica del paciente, como intentos de escuchar voces, silencio, uso de ciertas expresiones, que puedan denotar que sigue cursando la crisis.

5 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia se presenta en muchas formas clínicas, con diferencias individuales significativas. Puede comenzar repentinamente o de forma encubierta. Su curso puede ser crónico o puede convertirse en brotes estacionales sin actividad de la enfermedad. Puede tener un desarrollo muy severo, con un importante deterioro de la personalidad, o en algunos casos puede persistir después de un brote inicial sin recurrencia o empeoramiento.

El ingreso del paciente en el hospital en momentos de necesidad le permite liberarse de las tensiones sociales y/o familiares, y de la ansiedad que le provoca la enfermedad, lo que le proporciona un entorno protector y le permite continuar con el tratamiento o adaptarse a él.

El TCAE es el profesional que dedicará la mayor parte de su tiempo a los pacientes ingresados en psiquiatría, por lo que su intervención será primordial y significativa con el tiempo de estancia y recuperación del paciente.

Será el TCAE la persona de apoyo para la mayoría de las cosas cotidianas en esta unidad.

Es él quien recibe en la llegada de pacientes y acompañantes. Debe presentarse a ellos, presentar al resto del equipo multidisciplinar y mostrar los espacios físicos de su habitación y los diferentes lugares de la unidad donde se realizarán las intervenciones.

También se encargará de asesorar al paciente tanto de horarios, normas y posibilidades de entretenimiento que allí se imparten.

6 Bibliografía

1. Bobes García J.(y otros). "Salud mental: enfermería psiquiátrica". Madrid, Síntesis, 1994.
2. Pellicier, Y., La estrategia terapéutica de la crisis. Revista de Psicopatología, Madrid, 1989.
3. Stingo,N. y Col. "Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI." Buenos Aires. Ediciones Centro Norte, 2001.
4. Hyman, S.; y Tesar, G.: "Manual de urgencias psiquiátricas", Barcelona, Editorial Masson, 1996.

Capítulo 171

LA HISTORIA CLÍNICA

CLARA HERRERO FERNANDEZ

SANDRA RAMOS LORENZO

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

MARTA MARTÍNEZ ALGUACIL

1 Introducción

La ley 41/2002 de 14 de noviembre, de Autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en el artículo 14, relativo a la historia clínica, define ésta como un conjunto de documentos de carácter legal en los que se reflejan datos sobre la salud y atención sanitaria realizadas al paciente para conseguir la mayor integración sobre la información del proceso asistencial.

La Historia Clínica se consulta cada vez que el paciente acude al servicio de salud, para alguna prueba médica, consulta de especialistas, etc., con el fin de obtener una información inmediata sobre el proceso médico para el que se requiere la atención.

Facilita una mejor atención médica a tener información de distintos profesionales sanitarios que han atendido a la persona, se reflejan los antecedentes y situación actual del paciente, así como su evolución.

La información que recoge la historia clínica debe de ser ordenada y metódica para el completo entendimiento de los profesionales que la consultan.

La historia clínica tiene diversas funciones, estas son:

- Sirve de registro médico, y tiene a efectos legales una función muy importante.

- Tiene una función científica, pues sirve de apoyo a estudios científicos.
- Sirve para evaluar la calidad del proceso asistencial.
- Muy útil en el estudio de la epidemiología, por los datos que se recopilan.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia y la utilidad de la historia clínica.

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 y consulta sistemática de libros en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando un paciente acude a un centro médico, con cualquier motivo, lo primero que se hace es abrir o crear una historia clínica.

Contenido mínimo de la Historia Clínica:

Datos identificativos del paciente, número de historia, anamnesis, exploración física, informes de urgencias y especialistas (anestesta, cirujanos, anatomía patológica), evolución y planificación de cuidados, seguimiento y evolución del paciente, informe clínico de alta, etc.

La ley deja bien claro que la Historia Clínica tiene un carácter privado, debe de ser segura y accesible al personal sanitario para su consulta. Se debe de almacenar en el centro médico y conservar un mínimo de 5 años desde la fecha de alta del proceso asistencial y como mínimo hasta 15 años después de la muerte se paciente.

Actualmente, para facilitar el acceso a los datos y documentos de la Historia Clínica, están digitalizados, lo que permite conseguir automáticamente información de distintos procesos asistenciales.

Existen varios modelos o tipos de historia clínica:

- Historia clínica cronológica: va acumulando historial desde la aparición de la enfermedad.

- Historia clínica orientada según las patologías, que es usada en atención primaria sobre todo.

- Historia clínica protocolizada: normalmente se usa con pacientes con enfermedades muy específicas, generalmente en unidades de especialización.

La historia clínica es guardada en archivos. Al menos son tres los más usados.

Tipos de archivos de historia clínica:

- Archivo correlativo: a cada historia se le asigna un número correlativo, siendo el primero el número uno.

- Archivo por dígito terminal: pueden ser combinaciones, como por ejemplo iniciales y fecha de nacimiento.

- Archivo en el ordenador, usado a partir de un ordenador.

Los dos primeros tienen el inconveniente de ocupar grandes espacios, el último es el más usado en esta era digital.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica contiene datos sobre la enfermedad del paciente que están amparados por la más absoluta confidencialidad, y aunque puede ser consultada por muchos profesionales sanitarios, estos están sujetos a guardar estricto secreto profesional.

Además se tiene la obligación de custodiar, proteger y conservar todo el contenido de la historia clínica, durante un mínimo de cinco años.

Además de los profesionales sanitarios que siguen el proceso asistencial del enfermo, éste también puede tener acceso al contenido de su propia historia clínica, siempre a lo solicite. Incluso puede pedir copia de algún documento, siempre que lo autorice la persona competente.

6 Bibliografía

1. Qué es la Historia Clínica y que datos debe incluir/ igaleno. <https://igaleno.com>.
2. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gov.es>.
3. Auxiliar de Enfermería. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. McGraw Hill. Interamericana de España, S.L.

Capítulo 172

PREVENCIÓN Y CUIDADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE QUE TIENE POLIMEDICACIÓN

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

CARMEN MEGÍA PRIETO

1 Introducción

Muchos Pacientes debido a las muchas patologías que padecen tienen que llegar a tomar muchos fármacos y esto es algo que no les gusta. Al contrario quieren más la automedicación. Pues de esta forma toman la medicación que quieren. En ocasiones estos pacientes suelen ser ancianos con lo cual hay que recordarles la medicación y cuando la deben tomar.

Que ocurre también con estos pacientes que pueden llegar a la intoxicación farmacológica y un posible estado de shock. Y esto agravara las múltiples patologías y estado basal del paciente.

Pacientes que se automedican, en términos generales, se entiende por automedicación una situación en la que un paciente obtiene y utiliza un fármaco sin la intervención de un médico (ya sea en el diagnóstico de una enfermedad, o bajo la prescripción o supervisión de un médico tratar).

El uso inadecuado de los medicamentos puede generar riesgos para la salud, como reacciones adversas (alergias, intolerancia), interacciones entre medicamentos, aumento de la resistencia a los antimicrobianos (debido al uso excesivo de antibióticos, analgésicos, todo lo cual conduce a la tolerancia), uso indebido o riesgo del medicamento y aumento de la dependencia. durante la enfermedad (la enfermedad persiste debido a la autoadministración de los pacientes con medicamentos que no curan su condición).

2 Objetivos

Conocer qué tipo de intervención o ayuda puede ofrecer al paciente que toma mucha medicación por parte del TCAE en general.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre la intervención o manejo del paciente que se automedica.

Palabras clave: fármaco, internet, cuidados y cura.

4 Resultados

En este trabajo incluimos artículos o textos con evidencia sólida que nos indiquen qué riesgos y cuidados esenciales deben realizar los TCAE cuando se encuentran con pacientes automedicados.

- Es importante conocer al paciente y que confíe en nosotros, no cuando dice o admite que está tomando ciertos medicamentos en el primer contacto.
- El TCAE será el profesional responsable de realizar la entrevista. Si el paciente está de acuerdo y nos dice qué medicación está tomando, se le recomendará que consulte a un médico para que le administre la medicación correcta. Le hará comprender que no puede tomar medicamentos sin receta médica.

- En ocasiones los pacientes que se automedican pueden provocar intoxicaciones, alergias e incluso shock anafiláctico. Todo esto nos lleva a darnos cuenta de que cuando el TCAE acepta a este paciente, debe acomodarlo y brindarle los cuidados básicos. Inicialmente, TCAE coloca al paciente en posición lateral o Sims.

También como no es importante que el TCAE ayude a el recuerdo de como debe tomar la medicación , para ello se puede colocar las pastillas por horarios en un cajetín para que pueda administrárselas y no automedicarse como quiera o como cree que puede ser favorable para el mismo.

Los cuidados más importantes que puede ofrecer el TCAE a un paciente que se automedica es la demostración de que no es lo que debe hacer y explicara todas las consecuencias que pueden suceder por tomar medicación sino la conoce. Por ello es importante para el bienestar del paciente y la calidad de vida de este , la ingesta de la medicación según la pauta médica. Por ello el TCAE comprobara que esta medicación que tiene el paciente en su domicilio es la que correctamente debe tomar.

5 Discusión-Conclusión

En este tema es importante la colaboración del paciente y por supuesto que el profesional de sanidad conozca la medicación y que riesgos puede llevar el no tomarla correctamente.

Es un tema muy importante el que el paciente no tome y se automedica pues puede surgir una complicación mayor a este y agravara la situación del paciente. En ocasiones el paciente se niega como se ha comentado con lo cual no es fácil llegar a hacerle entender que es lo mejor para él. En estas ocasiones se le ayudara con el traslado a otros profesionales que seguramente lo podrán ayudar más y mucho mejor.

6 Bibliografía

1. Castronuovo C, Chiclana F, Giosso L, Pensa G, Prario M, Rebollo V, et al. Automedicación en Estudiantes de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Lat. Am. J. Pharm. 2007; 26(6): 937-44.
2. Carabias Martín F. Tesis doctoral automedicación en universitarios. Salamanca: Facultad de Farmacia Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica; 2011.

Capítulo 173

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

CARMEN MEGÍA PRIETO

1 Introducción

En la actualidad la edad de inicio de ingesta alcohólica es en la etapa de la adolescencia entre 14-16 años. Es una edad muy temprana pero debido a toda la información que tienen por internet y las redes sociales.

Se puede decir que las bebidas alcohólicas contienen etanol. El etanol es una sustancia tóxica para nuestro organismo, que se distribuye por éste, afectando a diversos órganos y pudiendo producir diferentes manifestaciones clínicas agudas. Dichas manifestaciones dependen de la cantidad de etanol ingerida y el nivel que su concentración, haya alcanzado en la sangre. Todo esto va a genera un mal estar en el cuerpo del paciente que ha ingerido el alcohol. El etanol se elimina del

organismo principalmente por el hígado. También hay que considerar su eliminación por la respiración, la orina y el sudor.

La intoxicación por alcohol (o borrachera) es un trastorno temporal causado por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. La intoxicación grave por alcohol también se conoce como intoxicación etílica, envenenamiento por alcohol o congestión alcohólica.

Generalmente salvo pacientes alcohólicos crónicos, los jóvenes que llegan a padecer una intoxicación etílica son por no quedar mal delante de los demás amigos, compañeros etc. Comienzan con poco a poco bebiendo hasta la intoxicación.

2 Objetivos

Conocer la actuación e intervención con cuidados básicos del TCAE ante la aparición de una intoxicación etílica en un paciente adolescente.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre la intervención o cuidados del TCAE a un paciente con intoxicación etílica.

Palabras clave: etanol, intoxicación, desorientación y cuidados

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar que tipo de cuidados o intervención va a tener que realizar el TCAE ante una intoxicación etílica de un paciente adolescente.
- El TCAE debe conocer los síntomas de la intoxicación etílica como pueden ser bajo nivel de conciencia, desorientación, pérdida de equilibrio o pérdida de control de movimientos en general.
- El TCAE realizara una valoración también con la escala Glasgow en el momento que valorara, respuesta verbal, respuesta ocular, lenguaje, respuesta motora. Con la puntuación final se realizará la evaluación correspondiente de cada persona.
- En el momento que llegue a un centro sanitario el TCAE tendrá que acomodar al paciente sobre todo ante la aparición del bajo nivel de conciencia, si viene

acompañado por algún amigo, conocido, familiar se le preguntara que ha tomado , para poder revertir esa intoxicación de la mejor forma si es posible.

- Si el paciente esta consciente se le preguntara que ha ingerido y cuanta cantidad.
- En el momento que el paciente este acomodado se intentara hablar con los datos personales para poder ponerse en contacto con sus tutores legales o padres. Ya que es un paciente menor de edad, con lo cual deberá estar acompañado salvo el momento que este el personal sanitario realizando alguna técnica, intervención etc.
- El TCAE recogerá en un contenedor estéril orina para la realización del análisis de tóxicos por si no solo fuera alcohol la ingesta.
- Generalmente el paciente queda ingresado 24 horas para ver que evolución va realizando y si tiene alguna complicación añadida tipo alteración patrón respiratorio.
- El TCAE no administrara ningún alimento ni solido ni liquido quedara en absoluta hasta que el paciente se encuentre estable o el facultativo pauté alimentación .

5 Discusión-Conclusión

El paciente con intoxicación etílica es raro que sea un paciente adulto ya que en esta edad el control de la ingesta alcohólica, salvo alcohólicos crónicos está controlado.

La intervención o actuación del TCAE ante una intoxicación etílica del paciente adolescente tiene que ser con cuidado al detalle ya que nos encontramos en una situación de riesgo ya que es un menor de edad. Por ello como se ha comentado es importante avisar a los padres o tutores legales.

El cuidado es básico ya que se concentra en control del nivel de conciencia y niveles respiratorios evitando administrar ninguna ingesta de líquidos o sólidos.

6 Bibliografía

1. López Briz E, Ruiz García V. Tratamiento de la intoxicación etílica aguda. *Seminarios*. 2006;32(3):146–8.
2. Portal Plan Nacional sobre Drogas – Consumo de alcohol en jóvenes [Internet]. Gob.es.2021.

Capítulo 174

CONOCIMIENTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS CUIDADOS BASICOS DE LA CAVIDAD BUCAL DEL PACIENTE INCONSCIENTE

ROSA MARÍA GÓMEZ-MORENO DELGADO

LORENA FERNÁNDEZ IZQUIERDO

CONSUELO GUERRERO HUÉSCAR

MARTA MARTÍNEZ MOLERO

CARMEN MEGÍA PRIETO

1 Introducción

La cavidad bucal o boca, es el hueco de entrada de los alimentos que comemos y constituye la primera parte del sistema digestivo, de ahí su importancia.

La boca entre otros órganos esta formada por los labios, lengua, glándulas salivares, etc.

Un defecto en esta anatomía puede darnos a entender que sufre alguna patología.

En la boca también podemos hablar que la lengua nos puede indicar alguna patología como puede ser candidiasis, gripe, etc. Y en esta ocasión tendrán que poner las medidas adecuadas para radicar este problema.

En la boca podemos encontrar muchas bacterias pero así y todo es importante la hidratación de los labios y por supuesto una buena higiene del paciente inconsciente. Este paciente debido a la gran cantidad de medicación e incluso el Guedel o cualquier tubo que ayude a la respiración del paciente, va a necesitar una buena higiene cada turno.

Es importante el conocimiento adecuado de los órganos de la boca para un buen desempeño de las funciones a nivel de higiene oral de un paciente inconsciente. Ya que este tipo de pacientes puede incluso desconectarse algún tubo del respirador, etc., con el consecuente agravante y complicaciones de gravedad del paciente inconsciente en general.

2 Objetivos

Conocer que tipo de cuidados ha de realizar el TCAE básicos en la cavidad bucal de un paciente en estado de inconsciencia.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se ha utilizado esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos que puede realizar el TCAE en la cavidad bucal del paciente inconsciente.

Palabras clave: Boca, cuidados, higiene y formación.

4 Resultados

- Es un tema muy frecuente sobre todo en unidades de cuidados críticos, o paliativos. Por ello en nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos o textos en los que nos indican que tipo de cuidados o actuaciones va a tener que realizar el TCAE a un paciente inconsciente.
- Es importante conocer si el paciente esta en inconsciencia por un traumatismo craneoencefálico, un accidente o una sedación provocada.

- El TCAE debe conocer y preparar todos los materiales que tiene o va a necesitar para realizar un cuidado bucal. En un principio comprobar que no posee dentadura postiza si no hay que retirarla.
- El TCAE debe preservar la intimidad y protección de los derechos del paciente aunque se encuentre en estado de inconsciencia. Por ello se colocarán biombo o protección para comprobar que se mantiene esa intimidad. Se lavará las manos y se colocaran guantes no estériles, ya que la boca posee miles de gérmenes.
- Se tendrá que colocar al paciente o semisentado o con la cabeza ladeada en caso de que no pueda elevarse el cabecero del paciente. Se colocará una toalla en el pecho del paciente. Proceder al cuidado de la boca con la ayuda de torunda. Con toda la precaución para evitar que se deslice hacia el interior de la glotis. Se procederá a la limpieza de la boca en este orden: lengua, encías, mucosa y labios. Secar bien los labios con una gasa. Aplicar vaselina en los labios. Acomodar al paciente dentro de los límites que se pueda y según contraindicaciones.
- Se procederá a recoger todos los materiales utilizados y enviarlos a esterilización para que sean envasados y esterilizados para un nuevo uso en el paciente.
- El TCAE en este caso aunque el paciente este sedado intentara comunicarse y le explicara igualmente que se le va a hacer .

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es el responsable de la higiene bucal del paciente, en este caso es una técnica más dificultosa ya que el paciente no colabora. También va a ser más difícil por contraindicaciones en cuanto a elevar el cabecero etc.

El TCAE debe tener todo preparado y realizarlo correctamente evitando dejar libres tiempos ya que este tipo de pacientes es importante no movilizarlos mucho debido a la inestabilidad que puedan llegar a estar.

Es un tema muy frecuente como se ha comentado en unidades de cuidados críticos , en pacientes con sedación. Suele ser frecuente por el tema de la medicación y que es importante incluso en cada turno realizar un lavado bucal.

6 Bibliografía

1. Perry, A.G. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos, 4ª Edición. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid 1.999.
2. Manual de procedimientos de enfermería. Hospital General de Galicia, Gil Casares, Clínico Universitario. Marzo 1989.

Capítulo 175

TURNICIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

LAURA CASTRILLO LHOSTE

MARIA DEL CARMEN MARIÑO BARROS

MIRIAM COTO BEGEGA

MARÍA DEL ROSARIO GONZALEZ CELORIO

VANESA GALAN CARRANDI

1 Introducción

El sector de la salud es un sector laboral que debe estar disponibles las veinticuatro horas del día, los 365 días del año. Los enfermos no tienen horarios. Los profesionales sanitarios deben estar disponibles y brindar la atención necesaria a las personas que enferman y estar operativos en todos los momentos del día.

Esta necesidad de atención obliga a los profesionales de la salud a trabajar en turnos rotativos para brindar una correcta atención a los pacientes. Dentro de estos turnos rotatorios está el turno nocturno con todas sus consecuencias, tanto para la salud física como mental del profesional sanitario.

Existen abundante información científica sobre el aspecto negativo para la salud de las personas que trabajan en el turno de noche, independientemente de cuál sea el trabajo realizado.

Las principales implicaciones son debidas principalmente a la alteración del ritmo circadiano, a la modificación de las horas de sueño y a la alteración en

el ciclo luz-oscuridad.

El trabajo nocturno se asocia con mayor prevalencia e incidencia de varias patologías crónicas y también figura como un importante factor de riesgo para algunas enfermedades mortales.

Por otro lado, este horario nocturno también se puede relacionar con una mayor ineficiencia en el trabajo.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es identificar y conocer cuáles son los síntomas y patologías más frecuentes que se presentan en los profesionales sanitarios, como consecuencia de trabajar en un horario nocturno.

3 Metodología

Para cumplir con nuestro objetivo se realizó una búsqueda documental de trabajos, estudios, artículos, etc., sobre las consecuencias sobre la salud del horario de trabajo nocturno en los profesionales sanitarios, en páginas especializadas de internet, en buscadores como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., para posteriormente realizar una revisión y extracción de los datos necesarios para el cumplimiento de nuestra investigación.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda han sido: horario nocturno, personal sanitario, consecuencias.

El periodo de búsqueda documental ha sido durante los meses de octubre y noviembre 2020 y el intervalo de publicaciones se limitó al periodo desde el año 2011 hasta el año 2020.

De una primera recolección documental se obtuvieron 14 trabajos que después de someterlos a criterios de inclusión/exclusión se eliminaron 5 estudios por no cumplir estos criterios.

4 Resultados

Las principales patologías síntomas identificados en nuestra revisión documental se exponen a continuación.

El ciclo sueño-vigilia está organizado por dos sistemas neurobiológicos fundamentales: uno que activa el sueño y todos los procesos que están relacionados

con él, y otro sistema que organiza y programa el momento del sueño dentro del ciclo diario de 24 horas.

Cualquier alteración en estos dos sistemas, bien sea por factores intrínsecos o extrínsecos (fármacos, ambientales, enfermedades, etc.) puede causar alteraciones y trastornos en el esquema del sueño o bien en el ritmo circadiano.

Algunos autores recalcan que el problema fisiológico más importante con respecto a los trabajadores nocturno es el problema de la resincronización de las funciones fisiológicas después de un cambio en las horas laborales y de sueño.

Los trastornos del sueño tienen una alta prevalencia entre la población en general, pero sobre todo en los profesionales que realizan su labor en horario nocturno. Las principales alteraciones identificadas en los trabajos revisados son presentar noches de escaso sueño y en consecuencia somnolencia diurna. Estas alteraciones acaban contribuyendo a la aparición de trastornos físicos o mentales.

La cantidad y la calidad del sueño son alteradas cuando se cambian las horas de sueño de la noche al día. Varios estudios consultados indican que los trabajadores nocturnos duermen solo 4-6 horas de media, cuando los sanitarios de trabajo diurno duermen de media unas 7,5 horas diarias. La falta de ajuste entre el horario del trabajo y del descanso y el ritmo circadiano, hace presente un sueño diurno desajustado y alterado en la mayoría de los profesionales sanitarios.

Este desajuste horario produce un desfase circadiano que provoca un descenso del nivel de alerta, descenso del funcionamiento, incremento del tiempo de reacción, un mayor desajuste en la ejecución de las tareas, etc., lo que incrementa el riesgo de padecer accidentes laborales durante el horario nocturno, además de un descenso de la eficiencia profesional.

El trabajo nocturno se relaciona con un aumento de patologías y diversas enfermedades. Los trastornos más frecuentes identificados en esta investigación son las úlceras pépticas, las enfermedades coronarias, y el compromiso del embarazo. En cuanto a los síntomas más reconocidos en la literatura consultada son trastornos del sueño, fatiga, "jetlag", problemas gastrointestinales como diarreas y vómitos, dolor, etc.

5 Discusión-Conclusión

Se reconoce internacionalmente que el trabajo nocturno, independientemente de la labor realizada, es un factor de riesgo para múltiples trastornos orgánicos. Los trastornos del sueño, la aparición de alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares, cerebrovasculares, etc., son las principales enfermedades aparecidas como consecuencia de este desajuste del ritmo circadiano y del ciclo luz-oscuridad.

Los profesionales sanitarios, por la complejidad de su labor asistencial, deben participar en horarios donde se incluye el horario nocturno, y son principalmente expuestos a sus factores de riesgo.

Sería deseable una exhaustiva selección del personal sanitario y seguimiento de la salud de los profesionales que realizan labores en estos horarios de trabajo, en beneficio de una mejor calidad de vida y una mejora en la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Álvarez Núñez, BJ. Consecuencias de la sincronía circadiana en la salud del trabajador. CES Salud Pública. 2013;4: 111-115.
2. Ambar Deschamp,P.; Olivares Román SB; De la Rosa Zabala, KL y Asunsolo del Barco , A. influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Med Segur Trab 2011; 57(224) 224-241.
3. Barahona Madrigal, AI; Vidaurre Mora, EJ; Sevilla Acosta, FJ; Rodríguez Rodríguez, J y Monge Escobar, SE. El trabajo nocturno y sus implicaciones en la salud de los médicos, enfermeras y oficiales de seguridad de los hospitales de la caja Costarricense del seguro social. Vol. 30(1), Marzo 2013.ISSN 1409-0015.
4. Hernández, E, et al. (2000). Alteraciones circadianas del sistema cardiovascular. Rev Esp Cardiol, 53, 117-122.
5. Hiriart, M (2005). Ritmos biológicos endocrinos y glándula pineal. En Drucker R. Fisiología Médica. España: Manual moderno, 5, 513.
6. Martínez, D t Sfredo, M. (2010). Circadian rhythm sleep disorder. Indian Journal of Medical Research, 141-149.
7. Mingote Adán JC. Síndrome “Burnout”, Síndrome de desgaste profesional: Monografía de Psiquiatría. 1977; 5: 1-44.
8. Moreno Jiménez B, González JL, Garrosa E, Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida, En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2001.
9. Portella Ribero, J; Pereira Rocha, L; Demutti Pimpao, F; Ruta Porto, A y Buss Thofehrn, M. implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. Revista electrónica de Enfermería, Julio 2012, n°27, ISSN 1695-6141.

Capítulo 176

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIONES CON LOS CARROS DE CURAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

CONSUELO CALVO CARPINTERO

1 Introducción

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es quien, entre otros, recibe inicialmente al paciente en el servicio de urgencias una vez que ha pasado por los servicios de admisión y triaje. Le identifica, le acomoda y si es preciso le ayuda a desvestirse y vestirse, proporcionándole además todo lo necesario y preservando su intimidad en todo momento. Entre las funciones del TCAE podemos destacar:

- Ayuda a la inmovilización y transporte del paciente.
- Ayudar a vestir y desvestir al paciente (tanto en su llegada como en su alta o traslado).

- Recoger sus pertenencias a una bolsa identificando dicha bolsa con su nombre y apellidos.
- Preparar al paciente antes de su exploración.
- Ayudar a los pacientes en las comidas y administración de medicamentos por vía oral.
- Supervisión y control de boxes.
- Limpieza y reposición del carro de curas.
- Cuidado, limpieza y mantenimiento del material instrumental y aparatos clínicos.
- Ayudar al DUE en la administración de medicamentos.
- Ayudar al DUE en la colocación de sondas: rectales, nasogástricas, de diuresis.
- Tramitar las solicitudes pedidas por los doctores y a su vez por el DUE, de muestras de analíticas de sangre, análisis de orina, cultivos.
- Recogida de muestras de esputos, heces y orina.

2 Objetivos

Describir e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de Urgencias y sus responsabilidades.

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

Todas y cada una de las funciones del TCAE en el servicio de urgencias son de gran importancia, ya que es una pieza clave en el equipo para que se desarrolle el trabajo de una manera rápida y eficaz. Hay muchas funciones a destacar, pero entre las más importantes tenemos:

- Hacer los electrocardiogramas.
- Entregar y recoger el material estéril en la central de esterilización.
- Mantener el secreto profesional.

- Colocación de la pulsera identificativa del paciente, mientras permanezca en el centro debe llevarla siempre.

- Reposición y colocación del carro de curas.

El carro de curas es un sistema de transporte de material de curas habitualmente utilizados en las diferentes áreas de especialización. Su importancia en el servicio de urgencias es vital. Principalmente, son de elementos metálicos (acero inoxidable) dotados de dos bandejas, debajo de la superior horizontalmente colocada dos cajones que mezclan acero y plástico para una fácil limpieza y conservación, portando cinco cajones a lo largo de su extensión vertical siendo el último el de mayor volumen. Vienen dotados de ruedas para su fácil movilización y de un departamento para lo sucio. En la parte superior está colocado un contenedor rígido de residuos biológicos para material punzante y cortante, al lado de esto siempre hay que tener antisépticos y sueros fisiológicos junto a gasas y esparadrapos y por supuesto guantes desechables de todas las tallas para la necesidad de cada sanitario. También es importante tener una batea para instrumental de sucio.

La colocación de los cajones suele ser:

- Primer cajón: todo lo relacionado con vías venosas, catéteres de vías centrales, agujas y jeringuillas.

- Segundo cajón: suturas, bisturí, pinzas, estilete, porta agujas,

- Tercer cajón: gasas, apósitos, compresas, guantes estériles.

- Cuarto cajón: apósitos especiales como hidrocoloides y pomadas.

- Quinto cajón: vendas, esparadrapos, malla tubular y paños de campo.

5 Discusión-Conclusión

En cada servicio y especialidad de un hospital, el TCAE preparará el carro de curas adaptándolo a las necesidades de cada especialidad. En el servicio de urgencias tiene una gran importancia tenerlo todo colocado y dispuesto para cualquier momento. Su limpieza y desinfección será diaria usando desinfectantes para los plásticos y alcohol para el acero inoxidable. El proceso de reposición del material utilizado, se hará tantas veces como sea necesario para que el servicio esté atendido en cualquier momento, pero normalmente se hace una vez en cada turno laboral (mañana, tarde y noche).

El trabajo del TCAE en el servicio de urgencias es un trabajo totalmente coordinado.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asis-

tenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. www.educativo.es.
2. portalesmedicos.com.
3. auxiliaresenferm.blogspot.com.
4. revistamédica.com.
5. enfermeríadeurgencias.com.
6. alvadornavarro.net.

Capítulo 177

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA GLÁNDULA TIROIDES

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

CONSUELO CALVO CARPINTERO

1 Introducción

La glándula tiroides está situada en la parte baja y anterior del cuello, compuesta por dos lóbulos simétricos, uno a cada lado de la tráquea (aspecto de mariposa) y unidos mediante un istmo, su función principal es segregar la hormona tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), para producir estas hormonas se necesita de yodo, este elemento el cuerpo no lo produce ni almacena, hay que ingerirse con los alimentos, si falta yodo o es ausente, la glándula tiroides aumenta su tamaño (Bocio), si es muy grande puede producir ronquera, tos, problemas en la respiración y deglución.

Hay cuatro glándulas paratiroides que se encuentran detrás de la tiroides (parte superior, inferior, izquierda y derecha) que segregan la hormona paratiroidea

PTH (se descubrieron cuando se comenzó a extirpar la tiroides y curar el bocio), esta hormona paratiroidea es importante por su función reguladora del metabolismo del calcio.

Las hormonas de la tiroides y la vitamina D se encargan de regular el calcio en el cuerpo, el calcio está en todos los tejidos, es fundamental para el crecimiento, desarrollo de los huesos y dientes, especial para contracción muscular, transmisión de los impulsos nerviosos y estabilización del ritmo cardíaco.

Si el calcio se reduce en el cuerpo puede provocar espasmofilia (espasmo y contracción muscular) y si está presente en aumento produce calcificación en algunos órganos (riñones, pulmones).

La vitamina D la produce la luz del sol directa y ciertos alimentos como: aceite de hígado de bacalao, pescado azul, hígado de vacuno y pollo, lácteos, huevos, aguacates, nueces, semillas de girasol, almendras. Esta vitamina tiene propiedades antiinflamatorias, antioxidantes, ayuda al sistema inmunológico, es neuroprotectora, esencial para la función muscular.

2 Objetivos

Exponer e indicar los síntomas y signos ante las distintas enfermedades de la glándula tiroides por parte del técnico de cuidados auxiliares 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: Google, Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas.

4 Resultados

Cuando el médico hace la anamnesis al paciente, los análisis de sangre, TSH (mide la actividad de la tiroides más precisa), T3 y T4 (hormonas de la tiroides), TSI (inmunoglobulina estimulante), prueba de anticuerpos antitiroides, la cantidad en la sangre), exploraciones a través de ecografías, tomografía computarizada, ultrasonidos, pruebas de medicina nuclear (gammagrafía de la tiroides) para ver su tamaño, forma y posición se usa una pequeña cantidad de material radiactivo

para crear una imagen, la captación de yodo radiactivo o prueba de captación tiroidea, biopsia para obtener una muestra de tejido y líquido de la tiroides. Estas pruebas ayudan a saber cómo funciona la tiroides y encontrar un diagnóstico para un tratamiento adecuado.

- Bocio:

Suele producirse el aumento del tamaño de la tiroides al no tener el organismo la cantidad de yodo que necesita.

El paciente suele acudir al médico al ver aumentado el tamaño del cuello a causa de una hinchazón, sensación de opresión en la garganta, tos, ronquera, dificultad para tragar, ahogo (cuando los bocios son pequeños no se notan, no suelen causar problemas y no necesitan tratamiento, solo observar si disminuye de tamaño o aumenta).

Los factores de riesgo pueden ser por la dieta que es escasa en yodo, las mujeres son más propensas al trastorno de la tiroides y bocio, la edad (+40), embarazo, menopausia, ciertos medicamentos como por ejemplo tratamientos psiquiátricos aumentan su riesgo, enfermedades autoinmunitarias, exposición a la radiación. El tratamiento dependerá de los signos, síntomas, causas que lo originan el bocio, puede ser desde el observar, medicación para la inflamación, para nivelar los niveles hormonales, cirugía, yodo radiactivo vía oral.

- Hipertiroidismo:

Es un aumento de las hormonas tiroideas (tiroxina), esto hace que la persona pierda peso involuntariamente y su ritmo cardíaco sean rápidos e irregulares (taquicardia y arritmia), al verse acelerado el metabolismo, palpitaciones, aumento del apetito, ansiedad, temblor de manos, sudoración, insomnio, puede ocasionar diarrea, puede presentar bocio, palpación de nódulos.

El diagnóstico se hará a través de una analítica que determinará los valores de la TSH (puede estar disminuida o no estar), T4 y T3 (elevadas), si nos encontramos con el bocio, dermatopatía, oftalmopatía, TSI niveles de anticuerpos receptor de la TSH, ecografía tiroidea, gammagrafía tiroidea para valorar la cantidad de yodo radiactivo, medir la tiroglobulina sérica.

El tratamiento dependerá de las causas, de los síntomas, se pueden utilizar fármacos betabloqueantes (temblores, ansiedad, sensación de calor), tionamidas, fármacos antitiroideos (actuando en la síntesis de hormonas tiroideas), yoduro potásico en combinación con tionamidas (hipertiroidismo severo o preparar para la cirugía), glucocorticoides (inhiben secreción hormonal, en casos severos), terapia con yodo radiactivo (para destruir la glándula tiroides + tratamiento hormonal sustitutivo con hormonas tiroideas) y tratamiento quirúrgico (tiroidectomía total o parcial).

- Hipotiroidismo:

Es la reducción de las hormonas tiroideas o no hay producción. Las causas pueden ser por deficiencia de yodo, enfermedad autoinmune (tiroiditis de Hashimoto, DMTI), hipotiroidismo congénito, extirpación de la glándula, tratamiento con yodo radiactivo o medicamentos antitiroideos, radioterapia, medicamentos para trastornos psiquiátricos, afectación en la glándula hipófisis o también en el hipotálamo, mujeres durante y después del embarazo (puede afectar al desarrollo del feto).

Si el hipotiroidismo no es tratado puede causar obesidad, dolor articular, infertilidad o enfermedades cardíacas.

Los signos y síntomas pueden ser, fatiga, aumento de la sensibilidad al frío, estreñimiento, piel seca, aumento de peso, hinchazón de la cara, ronquera, debilidad muscular, colesterol elevado, rigidez muscular, inflamación articular, menstruación irregular o abundante, ritmo cardíaco lento, depresión, falta de concentración, bocio.

El diagnóstico se hace midiendo el nivel de TSH (hormona estimulante tiroidea Tirotropina) y de la hormona tiroidea tiroxina. Si el nivel es bajo de tiroxina y alto de TSH indica que la tiroides es hipoactiva.

El tratamiento es oral y consiste en sustituir las hormonas tiroideas que produce el cuerpo por unas sintéticas Levotiroxina, el medicamento disminuye los niveles de colesterol y puede ayudar a controlar el aumento de peso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el 25 de mayo es el Día Mundial de la Tiroides y según la OMS, estima que aproximadamente hay 750 millones de personas en el mundo que tienen alguna patología tiroidea y de las cuales el 60 % lo desconoce.

Es importante concienciar a las personas sobre esta glándula que regula el metabolismo fundamental en el crecimiento, sistema nervioso, ritmo cardíaco, conocer su funcionamiento, la prevención, los trastornos de la tiroides y su impacto sobre la salud.

Al ser una enfermedad difícil de diagnosticar se debe describir lo más detalladamente que se pueda al médico, este recomendará hacer una exploración exhaustiva del organismo.

Expertos en nutrición recomiendan una dieta rica en frutas y hortalizas para mantener esta glándula sana.

6 Bibliografía

1. https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2018/05/Manualde-patologia-tiroidea_VERSION-ONLINE.pdf.
2. <https://scielo.isciii.es/pdf/orl/v11n3/2444-7986-orl-11-03-259.pdf>.
3. <https://www.mayoclinic.org>.

Capítulo 178

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS DE LOS PACIENTES

ERIKA ESTEFANIA VELASCO AGUDELO

MARIA TERESA GUTIERREZ CEREZO

MARIA JUANA DELGADO ORTIZ

JORGE MATIA BELTRÁN

CONSUELO CALVO CARPINTERO

1 Introducción

Antiguamente la identificación de los pacientes era por número de habitación, cama, box..., actualmente esta forma de identificación es impensable teniendo en cuenta la cantidad de pacientes que se atienden a diario y el flujo continuo de los mismos.

La seguridad de los pacientes en los centros hospitalarios es un componente esencial y que todo personal del centro sanitario debe conocer y tener en cuenta. La Organización Mundial de la Salud en el 2007 propuso las “nueve soluciones para la seguridad del paciente”, siendo la segunda de ellas la identificación del paciente. También en las “seis metas Internacionales de Seguridad del Paciente” en concreto en la meta 1 habla de asegurar la correcta identificación de los pacientes.

Es muy importante establecer un sistema de identificación del paciente en el ámbito hospitalario y por supuesto llevarlo a cabo de forma correcta, de este modo se evitarán errores en los tratamientos, y se facilita la forma de trabajo. Actualmente el método de identificación usado por excelencia en los centros sanitarios es la pulsera identificativa, la cual es analizada entre otros en el Protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias en junio del 2006 y el Reglamento de funcionamiento del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Los dos hacen referencia a la identificación de los pacientes durante toda su estancia en el hospital o centro sanitario.

2 Objetivos

Exponer la importancia de las pulseras identificativas en los pacientes como sistema de identificación en el centro hospitalario.

3 Metodología

Efectuamos revisión bibliográfica en bases de datos de salud como PubMed, Scielo y el uso de Google Académico usando como descriptores de búsqueda los siguientes “sistemas identificación pacientes”, “tarjeta identificativa”.

También se hace uso de diversas Guías y protocolos de reconocido prestigio.

4 Resultados

Haremos mención de las fases de identificación con la pulsera identificativa.

1. La colocación será siempre en el momento que el paciente entre en contacto con el sistema sanitario y necesite asistencia médica. Será el auxiliar administrativo quien imprimirá la pulsera con los datos que tenga del paciente.
2. Colocación se efectuará por el personal de enfermería o TCAE que este en la zona de triaje.
3. Proceso de identificación, una vez colocada la pulsera todo personal sanitario debe siempre antes de efectuar cualquier técnica o administrar cualquier medicación o llevarlo a cualquier prueba verificar que es el paciente adecuado a través de la pulsera.

El TCAE tiene contacto directo con el paciente con lo cual debe revisar que este correctamente visible, en buen estado y que no se extravía, si así fuera será comunicado inmediatamente para nuevamente colocar otra al paciente.

4. Retirada de la pulsera será una vez que el paciente abandone la institución, nunca antes de disponer de la alta médica.

Características de la pulsera:

Personal e intransferible, legible, indeleble, uniforme para todos los centros sanitarios, cómoda, tamaño adecuado, resistente al agua, resistente a ruptura y universal para todos los pacientes.

La pulsera debe contener los siguientes datos:

Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, número de tarjeta sanitaria o seguridad social, código de identificación personal (CIP/ASTU), número historia clínica (NHC) y un código de barras.

Para evitar cualquier error en la identificación debemos seguir unas pautas, todo el personal que atiende al paciente debe saber que es necesario comprobar siempre la identificación del paciente, no nos podemos fiar de los pacientes puesto que pueden disponer de pérdidas de memoria, Alzheimer, problema de audición; con lo cual es SIEMPRE necesario comprobar la pulsera identificativa.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente en los centros sanitarios tienen un gran flujo de pacientes/enfermos a diario y todos con patologías diferentes. Esto sumado a que el personal como los TCAES no son fijos en la ubicación de trabajo, varían a diario, esto afecta de forma negativa por que en muchas ocasiones no llegan a conocer a los enfermos que atienden.

De ahí la importancia que tiene la incorporación de las pulseras identificativas como método de identificación en los centros sanitarios, para que podamos ofrecer una seguridad en todo el proceso asistencial y que el paciente se sienta seguro en todo momento.

Si bien es cierto que para poder ofrecer una atención de calidad sería ideal conocer a cada uno de los pacientes y que siempre sean atendidos por el mismo personal, pero actualmente en nuestra sanidad esto es inviable.

6 Bibliografía

1. Reglamento de funcionamiento interno del HUCA, agosto 2015.
2. Estrategia Seguridad del Paciente SESPA 2015-2020.
3. Guías Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial, Dominio 4.
4. Conferencia Internacional de Seguridad de Pacientes.

5. Política Institucional de Identificación en Centros Sanitarios del Principado de Asturias.

Capítulo 179

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN DE LA UME

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

NURIA DE PAZ

ILHAM SALMI LHASNI

1 Introducción

El programa de alimentación de la Unidad de Media Estancia, es un programa que se ha diseñado en los hospitales del Sescam, se ha redistribuido con gran demanda en el resto del país y está siendo de gran referencia en hospitales Europeos, siendo de gran demanda por los usuarios.

El programa de alimentación consiste en un ingreso de 21 días del paciente con sobrepeso característico y como medida previa a una reducción de estómago o colocación de balón gástrico.

En este programa se enseña al paciente a comer sano, con pautas de alimentación de cinco comidas al día. Se les enseña los alimentos libres de grasa, a identificar

estos en proteínas, calorías, hidratos de carbono sin olvidar minerales y vitaminas.

Esta dieta que empieza en 2000 calorías y cuando el paciente termina su ingreso es de 1000, se acompaña de una pauta de ejercicio físico condicionado a la condición de salud del enfermo, dentro de la UME se encuentra un gimnasio donde un fisio enseña a los pacientes bajo pautas de series y ejercicios a mantener la forma para poder bajar la comorbilidad de las enfermedades patológicas que se asocian a la obesidad, mejorando así la calidad de vida por el paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es exponer el programa de alimentación sana de la Unidad de Media Estancia a través de un caso clínico expuesto.

3 Caso clínico

Ana Belén tiene 34 años, es derivada a la consulta del endocrino por su médico de atención primaria. Su índice de masa corporal supera en 45 kilos su normo peso.

El endocrino reconoce a Ana Belén en una exploración física, se le realiza analítica completa y se la explica en que consiste el programa de reeducación de la alimentación en la Unidad de Media Estancia, la alimentación que va a recibir y el plan de ejercicios a realizar.

La paciente acepta entrar en el programa para lo que debe de firmar el compromiso generado entre el Hospital y la paciente se compromete a mantener el compromiso de permanecer los 21 días siguiendo las instrucciones y después seguir de forma externa en las consultas las mismas pautas aprendidas para continuar con la pérdida de peso y endurecimiento de los músculos. Este compromiso es esencial para ser introducidos dentro del programa de reducción de estómago o la colocación de balón gástrico.

Este programa está siendo un éxito rotundo, a los pacientes se les hace mucho más cómoda la alimentación una vez operados puesto que ya han aprendido a comer sano y a hacer ejercicio, mantener el hábito e ir incrementando el ejercicio a medida que se pierde peso está contemplado dentro de un plan saludable de vida y salud.

Ana Belén cumple con los 21 días, los tres primeros días le resultó difícil cambiar los hábitos de mala alimentación y sedentarismo, según avanzaban los días para la paciente fue más cómodo la estancia y cumplió con éxito el compromiso.

A su salida continuo con la dieta por el endocrino durante el año siguiente hasta que alcanzó el peso suficiente y la salud requerida para ser intervenida.

4 Discusión-Conclusión

Los programas de reeducación alimentaria de reciente implantación en los servicios de Castilla la Mancha, se están extendiendo al resto de hospitales del país con un éxito rotundo, los pacientes alcanzan de buen grado que la educación alimentaria de la que carecen se realice en régimen de internamiento para ser controlados, aluden estos paciente a la falta de voluntad como primer escollo para empezar dietas productivas.

La familia es un gran apoyo que el paciente debe de encontrar fuera cuando este haya cumplido el compromiso con la Unidad de media Estancia, la terapia cognitivo conductual a la que los pacientes son redirigidos tras el tratamiento es de gran ayuda junto con el ejercicio físico al que se exponen, tomar hábitos de vida saludables es esencial para iniciar una mejor calidad de vida.

5 Bibliografía

1. Feliu Rovira A, París Miró N, Zaragoza-Jordana M, Ferré Pallàs N, Chiné Segura M, Sabench Pereferer F, et al. Eficacia clínica y metabólica de una nueva terapia motivacional (OBEMAT) para el tratamiento de la obesidad en la adolescencia. *Nutr Hosp* [Internet] 2013 [citado 28 marzo 2014];78(3):157-166. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatria-37/articulo/eficacia-clinicametabolica-una-nueva-90192849>.

Capítulo 180

PATOLOGÍAS DEL APARATO DIGESTIVO. LA IMPORTANCIA PARA SU DETECCIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ISABEL GARCIA SIXTO

MARTA SÁNCHEZ RIVERA

NOELIA FERNÁNDEZ VALLE

JENNIFER SUÁREZ VILLANUEVA

LORENA AMARILLA SANCHEZ

1 Introducción

El aparato digestivo es un conjunto de órganos cuya función es la de procesar los alimentos y los líquidos para descomponerlos en sustancias que luego el cuerpo usará como fuente de energía, para su crecimiento o reparación de tejidos. Este proceso se denomina digestión y consiste en transformar los glúcidos, lípidos y proteínas que contienen los alimentos en unidades más sencillas gracias a las enzimas digestivas para que puedan ser transportados a través de la sangre. Estas enzimas son sustancias gracias a las cuales se rompen las moléculas presentes

en los alimentos para que luego puedan ser absorbidas a través del intestino. Los desechos que no sirven se eliminan a través de las evacuaciones intestinales. Resumiendo podemos decir que la función fisiológica del aparato digestivo se divide en cuatro procesos: Ingestión, digestión, absorción y excreción.

Las partes del aparato digestivo son la boca, la lengua, la faringe (garganta), el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto y el ano. Aparte existen unos anexos del sistema digestivo que son las glándulas salivales, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas, que producen los jugos digestivos y las enzimas que se usan durante la digestión. Como curiosidad la superficie total de la mucosa gastrointestinal en un adulto medio es de alrededor de 350 metros cuadrados.

2 Objetivos

Conocer las distintas patologías del aparato digestivo en la figura del TCAE es de vital importancia para su desempeño diario en los cuidados diarios 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Podemos clasificar las patologías del aparato digestivo en tres grandes grupos:

- Patologías esofágicas.
- Patologías gástricas.
- Patologías intestinales.

Dentro de las patologías esofágicas nos podemos encontrar con una serie de síndromes esofágicos como son:

1. Disfagia: es la dificultad para tragar.
2. Odinofagia: es la deglución dolorosa.
3. Regurgitación: es el retorno a la boca de alimentos procedentes del esófago
4. Pirosis: es el ardor por reflujo gástrico que va del estómago al esófago.

5. Sialorrea: es la emisión de gran cantidad de saliva.

6. Aerofagia: es la evacuación súbita de aire deglutido.

Dentro de las patologías del esófago también tenemos que nombrar a los tumores del esófago que estarían muy relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco.

Dentro de las patologías gástricas están:

1. Gastritis: es la inflamación de la mucosa del estómago. Puede ser aguda o crónica.

2. Úlcera: es la lesión de la mucosa que llega hasta el músculo. Hasta el 70% de los casos está relacionada con la bacteria *Helicobacter Pylori* que puede llegar a causar hasta perforación y hemorragias.

3. Carcinoma gástrico: es un tumor maligno que suele ser más común en hombres a partir de los 60 años de edad.

Dentro de las patologías intestinales están:

1. Diarrea: es la emisión de heces cuyo volumen, consistencia y número es mayor al normal del paciente.

2. Estreñimiento: es el retraso en la emisión de las heces.

3. Tumores del intestino: Aquí podemos destacar los pólipos, que son muy frecuentes y que en casi su totalidad son benignos, y el carcinoma colorrectal que sí es maligno y suele ser por causa de baja ingesta de fibra combinada con alta ingesta de carbohidratos refinados y carnes rojas.

4. Trastornos de la digestión y absorción intestinal: son causadas por déficit en la digestión o absorción de ciertos nutrientes. Aquí podríamos enumerar la enfermedad celíaca (Intolerancia a la proteína del gluten) y la enfermedad producida por la intolerancia a la lactosa.

5 Discusión-Conclusión

Se ha hablado en todo momento de patologías y no de enfermedades del aparato digestivo porque no es lo mismo. La palabra «patología» se aplica al estudio de las enfermedades, es una ciencia, una disciplina científica, una rama de la biología, pero no una enfermedad.

Una enfermedad es un conjunto de síntomas y signos que afecta en mayor o menor medida a la salud.

La atención integral de un paciente con cualquier patología del aparato digestivo es labor de todo el equipo de enfermería del que forma parte el TCAE, ya que es este último el que se ocupa de los cuidados básicos del paciente durante el transcurso de la enfermedad. De ahí la importancia de conocer dichas patologías.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. (s. f.). Enfermedades del sistema digestivo. Recuperado el 27 de junio de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/digestivediseases.html>.
2. Visible Body (s. f.). Patologías del sistema digestivo. Recuperado el 27 de junio de 2022, de <https://www.visiblebody.com/es/learn/digestive/digestive-system-pathologies>.
3. Enfermedades digestivas. (2022). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas>.

Capítulo 181

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE EL TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN POR RESTRICCIÓN

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

ILHAM SALMI LHASNI

NURIA DE PAZ

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La anorexia nerviosa o simplemente anorexia, es un trastorno de la alimentación caracterizado por el peso corporal excesivamente bajo, el miedo intenso a aumentar de peso y la percepción que se tiene distorsionada del peso. Para las personas enfermas con anorexia, es de vital importancia controlar el peso y la figura corporal, haciendo todo tipo de maniobras y sacrificios que suelen interponerse en la vida de una forma significativa.

Para intentar evitar un aumento de peso o para seguir adelgazando de forma extrema, las pacientes anoréxicas restringen tanto la cantidad de comida que consumen que apenas ingieren nada. Para controlar la ingesta de calorías, algunas

vomitán después de comer o usan indebidamente laxantes de forma habitual, suplementos diuréticos y enemas. Incluso, para bajar de peso, hacen ejercicio en exceso. No son consciente cuánto bajan de peso, la persona siente miedo a aumentar de peso.

La anorexia es cuestión de la alimentación. Es una forma extrema y nada saludable que en ocasiones puede producir la muerte por no afrontar problemas emocionales. Cuando un paciente sufre anorexia, pone en una balanza el peso con la autoestima.

Esta enfermedad, al igual que en otros trastornos de la alimentación, se puede tomar el control de la vida y volverse incontrolable. El tratamiento puede hacer que se sienta una percepción mejor de la realidad retomando hábitos de alimentación saludables y hacer que reviertan las posibles complicaciones graves que puede causar esta enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es exponer mediante un caso clínico la enfermedad de la anorexia para dar a conocer este problema de la restricción de la alimentación.

3 Caso clínico

Alicia es una mujer de 26 años que está actualmente viviendo el duelo por la pérdida de su novio en un accidente de tráfico mientras iba a trabajar.

Su madre acude con ella a la consulta de psiquiatría por que ha bajado significativamente de peso en los dos últimos meses, el entorno más cercano agrega que el duelo que está padeciendo puede ser motivo suficiente para la pérdida de apetito, pero la madre cuenta a la psiquiatra que la ha visto masticar hielo, que por la noche se la oye hacer ejercicio en forma extrema y que siempre ha sido muy delgada por constitución pero en los dos últimos meses ha renovado el vestuario por completo y la pérdida de masa corporal ha sido muy significativa.

En la entrevista clínica Alicia manifiesta estar triste por la pérdida sufrida y mantiene un duelo en los cauces correctos hasta el momento.

Al preguntarla por su peso, sus comidas y sus pautas de ejercicio, ella niega la mayor y recrimina a su madre que está exagerando en sus explicaciones, que ella siempre ha estado rellenita y que ahora que con la pérdida de su novio no tenía mucha hambre y había perdido unos kilos se había animado y había decidido que la sobraban unos kilos más e iba a perderlos.

Su índice de masa corporal está muy por debajo de su normopeso a lo que Alicia no hace caso, no quiere someterse a ningún tratamiento ni ingresar de forma voluntaria en el centro de la Unidad de Media Estancia para su recuperación. Tras las presiones familiares, si acepta el control de una dieta en cantidades pero no en calorías y bajo supervisión, con esta dieta gana algo de peso, suficiente para mantener una calidad de vida sin perjuicio de otras enfermedades, asiste a terapia regularmente y en dos años si empieza a recuperar peso de forma gradual.

4 Discusión-Conclusión

Las terapias cognitivos-conductuales que se aplica a los pacientes con anorexia se hacen en bloques separados, pacientes en una sala y familiares en otra.

Es muy importante que los familiares tomen consciencia de que están tratando con una psicopatología y no es mero capricho el querer adelgazar, esta base es importante para que el paciente se sienta acompañado en todo el procedimiento y para que los familiares encuentren apoyo y reforzamiento exterior que justifique lo que en un principio se ve inviable dentro del entorno familiar.

Los pacientes acuden a sesiones de terapia en grupo en el que cuentan sus problemas, interacciones con la comida y como se observan físicamente unos a otros, intentan esforzarse para poder recuperar su salud.

5 Bibliografía

1. AM Benítez, S Sánchez, ML Bermejo, L Franco, MA García. Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España) Analysis of the Risk of Suffering Eating Disorders in young student university of Extremadura (Spain). Revista Enfermería Global 54. 2019. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/1695-6141-eg-18-54-124.pdf>.

Capítulo 182

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE FÁRMACOS EN FARMACIA

MARIA BELEN CARRO RUBIERA

1 Introducción

La farmacología es la ciencia que estudia la historia, el origen, las propiedades, los efectos bioquímicos y fisiológicos, los mecanismos de acción y el uso terapéutico de las sustancias químicas que interactúan con los organismos vivos. Se trata, pues, del estudio de los fármacos; es decir, toda sustancia química purificada, biológicamente activa y capaz de modificar el metabolismo de las células sobre las que hace efecto, utilizada en la prevención, diagnóstico, tratamiento, mitigación y cura de una enfermedad.

El medicamento es uno o más fármacos integrados en una forma farmacéutica que presenta propiedades preventivas o curativas para restaurar, corregir o modificar las funciones orgánicas de animales u hombres. Hay dos tipos de medicamentos:

- Esenciales: satisfacen las necesidades de gran parte de la población a precios accesibles para la comunidad y los individuos.
- Genéricos: tienen la misma composición cualitativa y cuantitativa en principio activo e igual forma farmacéutica que el medicamento original, con la misma eficacia, pero a precio menor. Se los conoce como especialidad farmacéutica genérica (EFG).

La distribución de medicamentos y dispositivos médicos en un hospital comprende su movimiento y traslado desde que entran en la institución hasta que son entregados al usuario final. Puede ser intrahospitalaria (en diferentes áreas) o de forma directa al paciente (en farmacias).

2 Objetivos

Conocer como técnico en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los diferentes sistemas que existen de dispensación de fármacos en un hospital, dentro del servicio de farmacia.

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

Entre los sistemas tradicionales encontramos la distribución por existencias en los diferentes servicios (stocks), por prescripción individualizada (directa o transcrita) y los combinados. Actualmente, el más extendido es el sistema de distribución a través de dosis unitarias (o unidosis).

Sistemas de distribución de fármacos:

- Distribución por STOCK:

Basada en reposiciones a cada servicio asistencial de cantidades fijadas en un listado definido. La frecuencia suele ser cada 24 horas. Cada stock debe ser asignado al jefe de enfermería, aunque el director técnico del servicio farmacéutico realiza auditorías.

- Distribución por prescripción individualizada:

Basada en la prescripción médica a cada paciente. El servicio farmacéutico recibe órdenes médicas directas, transcripciones de la orden médica o solicitudes de pedidos de dispositivos médicos. Los despacha en 24 horas.

- Sistema de distribución combinado:

Aunque se usa de forma generalizada la distribución mediante prescripción individual, cada servicio mantiene un stock de medicamentos de uso común y de dispositivos médicos.

- Distribución por dosis unitaria:

Proporciona al paciente la dosis de medicamento prescrita para una toma, sin necesidad de cálculo y/o manipulación previa, debidamente identificada, envasada y rotulada. El sistema implica entregar a la unidad de enfermería o sala de hospitalización las dosis unitarias necesarias para 24 horas de tratamiento, según las indicaciones médicas a cada paciente.

Objetivos:

- Garantizar el cumplimiento de la prescripción médica.
- Evitar los errores de medicación.
- Mejorar el seguimiento de los tratamientos farmacoterapéuticos.
- Racionalizar la distribución de los medicamentos.
- Reducir el tiempo de enfermería dedicado al medicamento.
- Disminuir los costes de medicación.

Para planificar una distribución de medicamentos en dosis unitarias es imprescindible la existencia de una guía farmacoterapéutica actualizada en el hospital. La prescripción debe realizarse por paciente, en un impreso especial llamado orden médica, que incluye: datos del paciente (nombre y apellidos, edad, historia clínica y/o no de ingreso, habitación, etc.), datos del medicamento (nombre genérico y/o comercial, dosis, pauta y vía de administración) y datos del médico prescriptor (nombre y firma).

Antes de administrar el medicamento, es necesario comprobar las alergias del paciente, su capacidad para tomar la medicación y la posibilidad de vómitos o diarrea, la cual provocaría que se desaconsejara su uso.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de esta revisión bibliográfica hemos podido conocer los distintos tipos de distribución de fármacos dentro de una instalación hospitalaria, en concreto desde el servicio de farmacia, como técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en este servicio.

Los pacientes que están dentro de un centro hospitalario requieren en muchas ocasiones para su tratamiento la prescripción de medicamentos por parte de los

médicos, por ello es necesario la distribución desde el servicio de farmacia hasta donde están ubicados los pacientes (servicios de urgencias, plantas de hospitalización, consultas etc.), que puede realizarse por stock, por prescripción individualizada, combinado y dosis unitaria.

6 Bibliografía

1. sistemas de distribución de medicamentos por dosis unitarias - disponible en https://www.serviciofarmaciamanhacentro.es/index.php?option=com_kb&task=article&article=15&Itemid=202.
2. Sistema de distribución individualizada de medicamentos por dosis unitarias: análisis global de la calidad en un hospital de rehabilitación - ELSEVIER - disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-sistema-distribucion-individualizada-medicamentos-por-S1134282X01774374>.
3. Distribución de medicamentos:
Por Jennifer Le, PharmD, MAS, BCPS-ID, FIDSA, FCCP, FCSHP, Skaggs School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, University of California San Diego-Última revisión completa oct. 2020 - disponible en <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/administraci%C3%B3n-y-cin%C3%A9tica-de-los-f%C3%A1rmacos/distribuci%C3%B3n-de-medicamentos>.

Capítulo 183

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE PIEL CON PIEL

ESMERALDA HIGUERA SANCHEZ

CARMEN GARCÍA MUÑOZ

MARIA JOSE GÓMEZ NÚÑEZ

NURIA DE PAZ

ILHAM SALMI LHASNI

1 Introducción

El contacto piel con piel es una técnica que se llama así tal cual, consiste en colocar al neonato en contacto con la piel de su madre inmediatamente tras el parto. Esta práctica es habitual y forma parte de lo que se llama el parto respetado. El contacto tiene que ser directo con la piel, no debe ser entre toallas ni sabanas para que no interfiera el contacto.

Se debe colocar un gorro en la cabeza del neonato para que no pierda calor, se le tapa a este con una toalla y es muy importante que mantenga la mayor superficie del cuerpo en contacto directo con la piel de la madre.

Este contacto al menos debe de durar dos horas de forma ininterrumpida, realizando por lo tanto los primeros controles y pruebas al neonato encima de la madre.

Son numerosos los estudios que han llegado a la conclusión de que esta práctica contiene múltiples y distintos beneficios tanto para la madre como para el recién nacido.

UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Asociación Española de Pediatría (AEP), entre muchas otras de carácter internacional, apoyan esta práctica de contacto piel con piel con el neonato.

La liberación de oxitocina de forma natural es extensa en los periodos post-parto.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de piel con piel para conocer cómo es el método y cómo se aplica en paritorio.

3 Caso clínico

Laura, de 33 años tiene una gestación gemelar de 36 semanas, es conducida a paritorio con trabajo de parto, se la prepara con epidural y se la comunica que tras la realización de la ecografía de control se observa que tiene dos hembras a término, con suficiente peso para el alumbramiento, pero no tienen una posición fetal para la expulsión, ya se ha producido la rotura de la dos bolsas y se va a producir a trasladarla a quirófano para la realización de una cesárea que se programa en una hora.

Se prepara a la paciente y se la ofrece la posibilidad de que realice el piel con piel de las recién nacidas el padre en la planta de maternidad donde inicialmente ingresa la madre y donde acudirá después del tiempo reglamentario después de la cesárea.

La cesárea transcurre con normalidad y la dos neonatos, Ana con un peso de 2.800 gramos y Patricia con un peso de 2.100 gramos, obtienen la misma puntuación en el test de apagar, después de la valoración inicial, son trasladadas a maternidad para que su padre realice en la cama por ser dos neonatos el piel con piel durante que la madre permanece en reanimación, no obstante cuando esta es trasladada a la planta se reasigna el piel con piel con la madre, buscando las recién nacidas el pecho para mamar por la acción de la oxitocina liberada en la cesárea, aunque esta fue programada, la paciente ya mantenía trabajo de parto por lo que la subida

de la leche y la producción de oxitocina es inminente a los momentos posteriores al alumbramiento.

El piel con piel proporciona una tranquilidad de forma natural a madre e hijas durante los primeros momentos de vida, identificando las recién nacidas la voz de la madre y los latidos de su corazón.

4 Discusión-Conclusión

El programa piel con piel son programas que ya se instauran en los hospitales públicos de nuestro país si no existen anomalías ni impedimento alguno.

Aún en los años de pandemia y siendo la madre positiva en Covid, ha quedado suficientemente demostrado que no existe transmisión vertical del virus por lo que se ha mantenido el piel con piel durante las primeras horas del recién nacido manteniendo las mascarillas de protección por parte de la madre e indicando que el familiar que acompañe a esta debe ser negativo para evitar la doble exposición al bebé.

En caso de que, como en nuestro caso clínico, no se pueda la madre exponer al programa de piel con piel, el padre o un familiar cercano se le ofrece la posibilidad de hacer efecto este hecho.

5 Bibliografía

1. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado "Embarazo, parto y puerperio". 2a edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2020.

Capítulo 184

APARICIÓN DE DIABETES GESTACIONAL DURANTE LA GESTACION CONOCIMIENTOS DEL AUXILIAR

MANUELA LUIZA VIOREL VIOREL

1 Introducción

La gestación o embarazo es una alteración hormonal y sistemática en el sistema orgánico. Con lo cual puede ser también un momento de debut de muchas patologías.

La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste.

Podemos decir que básicamente, existen tres etapas del embarazo, denominadas primer, segundo y tercer trimestre, en los cuales se suceden muchos cambios en el cuerpo de la mujer y por supuesto, en el desarrollo del bebé.

Durante las etapas del embarazo el TCAE deberá conocer qué tipo de pruebas diagnosticas pueden llegar tener que realizar la paciente. Salvo que finalice su embarazo antes de la llegada a este momento . O se le tenga que realizar un ILE (interrupción legal voluntaria del embarazo). Este tipo de interrupción es debido a que el feto tiene algún problema cardiaco no compatible con la vida , o alteración a nivel cromosómico. Por ello se programa a la mujer y se le realiza la interrupción con todas las medidas necesarias y evitar el sufrimiento de esta.

2 Objetivos

Conocer el TCAE que tipo de prueba va a dar el diagnóstico y como se da a conocer aparición de la diabetes gestacional.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en bases de datos: Scielo, Medline, Pubmed, Chrocrane.

En los que nos indican que tipo de conocimientos va a tener el TCAE sobre el debut de la diabetes en una paciente en gestación.

Palabras clave: Gestación, Cuidados, Enfermería y Diabetes.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos los cuales nos enseñan que tipo de pruebas diagnosticas se le realizaran y en que momento para poder documentar que la paciente padece diabetes durante la gestación.
- El TCAE (auxiliar de enfermería) deberá conocer que existe la prueba de O 'Sullivan se realiza entre la semana 24 a 28 de gestación , se considera el método de elección por su alta especificidad y sensibilidad. La paciente acudirá en ayunas ese día a la realización de la prueba. Consiste en una sobrecarga oral (SOG) con 50 gramos de glucosa. Se esperará media hora y se le realizará y se determinará una glucemia venosa basal, Si no es claro el resultado se realizará de nuevo en una hora previa a la SOG. La prueba será positiva cuando la glucemia tenga un valor igual o superior a 140 mg/dl.
- En ocasiones se le tendrá incluso que administrar mas glucosa ya que sigue sin ser claro el diagnostico, y por ello se le volverá a realizar otra extracción de la glucemia para ver que valores nos indican.
- Si la paciente padece la patología diabética durante la gestación se le ofrecerán pautas para poder ayudarla en este momento.
- Lo primordial será una dieta equilibrada, a base de frutas, verduras, proteínas e hidratación externa e interna.
- También el TCAE deberá aconsejar que camine o realice algún tipo de ejercicio físico siempre que sea posible. Evitar la sedestación y por supuesto hábitos tóxicos tabaco, alcohol etc.
- Todo esto será registrado en la historia de la paciente y se le administrará una copia de este diagnóstico. Añadido a esta copia se le administrara también un

documento con los consejos facilitados para intentar ayudar a esta en la diabetes gestacional.

5 Discusión-Conclusión

Se debe a una patología en la que suele debutar en la gestación, en ocasiones suele desaparecer tras el parto, en otras ocasiones sigue después.

La sobrecarga oral de glucosa es un método empleado siempre y en todas las pacientes gestantes, como se ha indicado en nuestros resultados en las semanas comprendidas entre 24 a 28 salvo que a paciente ya padezca diabetes anterior a la gestación.

ES un síntoma común en las gestaciones y suele aparecer y generalmente tras el parto volverá todo a la normalidad.

No es siempre bienvenida esta patología ya que la paciente se agobia solo pensar que puede padecerla después.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 185

COLOCACIÓN Y RETIRA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL TCAE

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

1 Introducción

El 31 de diciembre de 2019 la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan informó la presencia de casi 30 casos de neumonía con una etiología desconocida y la Organización mundial de la salud (OMS) declara pandemia mundial el día 11 de marzo de 2020.

Comenzamos a conocer la denominación del virus como coronavirus, el cual pertenece a una familia de virus que puede causar infecciones en el ser humano y también en algunos animales.

El tipo de coronavirus que básicamente afecta a los seres humanos (HCoV), puede producir infecciones de diferente gravedad, desde un resfriado común hasta el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y el Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).

Es aquí donde a nivel general los profesionales sanitarios y más concretamente los TCAE nos encontramos en primera línea en la lucha contra el Coronavirus resultando imprescindible tomar las máximas precauciones posibles.

El Protocolo de puesta y retirada de los equipos de protección individual para evitar contacto directo con los pacientes que se explica a continuación siguiendo las instrucciones publicadas por el Ministerio de Sanidad.

Es importante que los TCAE (auxiliar de enfermería), conozcan todos los pasos a seguir de este protocolo para, no solo cuidar la seguridad del paciente, si no la propia del profesional y el equipo de trabajo.

2 Objetivos

Aprender a colocación y retirada correcta de EPIs para evitar el riesgo de contagio tanto de Coronavirus como de cualquier otra enfermedad infectocontagiosa.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema.

4 Resultados

Desde el Ministerio se destaca de manera primordial las medidas basadas en el contacto no directo (más de 1,8 metros de distancia) donde bastaría con una bata (no impermeable), mascarilla quirúrgica y guantes.

Los materiales que componen el EPI serían:

- Bata impermeable.
- Mascarilla FFP2.
- Protección ocular.
- Guantes de nitrilo.
- Solución alcohólica.
- Después de quitarnos todo tipo de joyas y complementos, recogernos el pelo, y fijarnos las gafas en caso de llevarlas empezaremos a ponernos cada uno de los materiales con estas pautas:

1. Lavado de manos con solución alcohólica.
2. Bata impermeable.
3. Gafas o protector ocular ajustándolo correctamente.
4. Guantes cubriendo los puños de la bata impermeable.

En el caso de UCIs es preciso también el uso de gorros y mascarillas FFP3.

La precisión y la rigurosidad en el proceso de retirada de los EPIs es tan importante o incluso más que su colocación ya que cada uno de los materiales debe quitarse con la garantía de que el TCAE no se contamine. Los pasos que deberíamos seguir:

- Retirada de guantes: es importante comenzar sujetando la parte externa con la mano que aún tiene el guante y retirar, dejándolo en la mano que aún tiene el guante, después se deslizarán los dedos de la mano sin guante por debajo del guante que falta a la altura de la muñeca, se retira de manera que cubra al primero para desecharlos.
- Retirada de bata: se toca solo el interior de la misma, se enrolla y se desecha.
- Retirada de protección ocular: se toca las bandas por detrás de las orejas retirándolas y procediendo a desinfectarlas.
- Retirada de mascarillas: se retira fuera de la habitación de aislamiento. Se sujeta la banda flexible inferior y posteriormente la superior retirándola, para después desecharla.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos por tanto que los TCAE tenemos una gran responsabilidad no solo para atender a los pacientes con algún tipo de patología infecciosa sino también para conocer y cumplir el Protocolo de puesta y retirada de los EPIs y así evitar el contagio tanto a nosotros como a aquellas personas con las que nos relacionamos en la vida diaria.

Los TCAE tienen la gran responsabilidad de enseñar dicho Protocolo a aquellos profesionales que no lo conozcan.

Por lo tanto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, y todo el personal médico y/o de Enfermería que entre en la habitación de un paciente COVID positivo, debe extremar las precauciones para evitar la erradicación del virus en el entorno hospitalario, y de manera indirecta en el entorno familiar, controlando así la propagación del Covid-19.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.
4. 030520_guia_compra_mascarillas.pdf [internet]. [citado 14 de diciembre de 2020]. disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludpublica/ccayes/alertasactual/ncov/documentos/030520_guia_compra_mascarillas.pdf.

Capítulo 186

EL ALZHEIMER DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SILVIA ALONSO ALBUERNE

DULCE MARIA CAMÓN GONZÁLEZ

MARÍA DOLORES CARRASCAL GARCÍA

SONIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARIA DOLORES LOPERA DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Desde que el mundo es mundo, el envejecimiento no ha dejado de sorprender y preocupar. Nadie es inmune a envejecer y a los problemas que este conlleva.

El Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo de las neuronas cerebrales, de carácter progresivo que causa un desgaste cognitivo múltiple incapacitante. Esta demencia empeora con el tiempo; en sus fases iniciales, la pérdida de memoria es leve pero en la fase final pierden la capacidad de relacionarse con el entorno. En los últimos años, el Alzheimer se ha convertido en un problema no solo médico, individual y familiar también social debido al aumento del envejecimiento de la población y al alto costo.

El Alzheimer es la enfermedad más común causante de demencias, es la cuarta causa de mortalidad entre los adultos, después de las enfermedades cardiovasculares, el ictus y el cáncer. Afecta al 15% de las personas mayores de 65

años aunque puede aparecer a edades cada vez más tempranas. los enfermos de Alzheimer tienen una media de vida de 8 años pero la supervivencia puede oscilar entre 4 y 20 años dependiendo de la edad.

En la actualidad no existe un tratamiento que cure esta enfermedad pero existen fármacos que pueden retrasar o mejorar diferentes funciones cognitivas aunque su eficacia es bastante leve.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Retrasar el deterioro cognitivo y funcional.

Objetivos secundarios:

- Aumentar la autonomía personal.
- Evitar la desconexión con el entorno.
- Fomentar y elevar la autoestima.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha hecho una exhaustiva búsqueda en las mejores revistas médicas revisadas, libros especializados en la enfermedad del Alzheimer y entrevistas al personal sanitario de distintos hospitales de Asturias en las plantas de demencia donde hablaron de las circunstancias de los enfermos de Alzheimer.

4 Resultados

Ya hemos mencionado que el Alzheimer causa problemas en la memoria, el pensamiento y el comportamiento, empeorando con el tiempo y llegando a interferir en las tareas diarias.

Existen 4 fases en su desarrollo:

Primera fase:

Esta primera fase tiene una duración que oscila entre 2 y 4 años.

Se observa un deterioro moderado de la memoria a corto plazo, el enfermo sufre una desorientación de lo que le rodea y una disminución en la concentración ; Son frecuentes los cambios en la personalidad.

Segunda fase:

La segunda fase suele durar entre 3 y 5 años.

Los aspectos de la memoria empiezan a fallar produciendo alteraciones en las funciones corticales superiores. Se deteriora la capacidad de juicio y el pensamiento abstracto, comienzan a surgir problemas de lenguaje (afasia), funciones aprendidas (apraxia) y reconocimiento (agnosia); también descuida su higiene personal, aparecen rasgos psicóticos y empiezan a tener una dependencia mayor del cuidador.

Tercera fase:

En la tercera fase la duración es variable, los síntomas cerebrales aumentan, aparece agresividad, rigidez muscular, temblores etc. No se reconocen ante el espejo ni reconocen a sus familiares, padecen incontinencia urinaria y fecal. las caídas y fracturas son más frecuentes.

Cuarta fase:

En esta fase el enfermo de Alzheimer termina encamado adoptando una postura fetal. entra en un estado casi vegetativo y la muerte puede producirse por desnutrición, deshidratación, problemas respiratorios etc.

En esta fase tan severa del Alzheimer se debe ofrecer terapia al enfermo ya que son receptivos a ciertas técnicas que pueden aumentar la dignidad y la calidad de vida.

Cada una de estas fases necesita por parte del personal sanitario un programa de Estimulación cognitiva Global que se adapte al proceso evolutivo a través de terapias no farmacológicas.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermos de Alzheimer requieren de una atención integral en las fases de su enfermedad con la implicación de todos los recursos disponibles.

Es necesario una correcta formación de todo el personal sanitario, médicos de familia, neurólogos, psiquiatras etc. para realizar un diagnóstico precoz.

La necesidad de que aparezca un fármaco definitivo en el tratamiento del Alzheimer es sumamente importante al igual que fomentar la investigación.

Es de vital importancia reforzar la ayuda a los familiares de estos pacientes, trabajando en las necesidades sociosanitarias ofreciendo a las familias los modelos de actuación durante y después de todo el proceso de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 187

AUXILIAR EN QUIRÓFANO

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

1 Introducción

En el momento en el que el Paciente tiene que someterse a una intervención quirúrgica, se enfrenta a un proceso que puede llegar a ser largo y complicado en el que las propias circunstancias del paciente son importantes ya que determinarán las complicaciones propias de la cirugía. De todo esto surge la necesidad por parte de los profesionales de la enfermería y en especial el TCAE que deban conocer con detalle cada una de las fases del proceso quirúrgico, para dar al paciente la seguridad y la sensación de apoyo constante y lo más importante no dejar al paciente sólo en ningún momento durante el tiempo que dure la relación paciente-médico.

La clasificación del proceso quirúrgico se hace en fases y por lo tanto, destacamos 3 fases:

- Preoperatorio.
- Intraoperatorio.
- Postoperatorio.

Si unimos todas estas fases nos da un proceso que podemos llamar Perioperatorio.

Dentro de las funciones del TCAE en Quirófano podemos resumir las siguientes:

1. Reposición de material en el área quirúrgica.
2. Reposición de la zona limpia y del quirófano.
3. Reposición de la zona de lavado de instrumental.
4. Reposición y limpieza del carro de material fungible.
5. Reposición y limpieza del carro de anestesia.
6. Limpieza, procesamiento y almacenamiento de instrumentos y suministros.
7. Colaboración y participación en la docencia del área quirúrgica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el proceso por el que un paciente tiene que pasar cuando decide someterse a una intervención quirúrgica.

Objetivos secundarios:

- Exponer la importancia del papel que el TCAE (auxiliar de enfermería) representa en todo el proceso perioperatorio.
- Conocer las funciones específicas del TCAE dentro del quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una investigación bibliográfica sistemática. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas.

Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: quirófano, fases de la intervención quirúrgica, TCAE y proceso perioperatorio.

4 Resultados

Preparación del quirófano:

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene como una de sus funciones la preparación del quirófano antes de comenzar la intervención donde podemos recoger las tareas de mantenimiento para que esté en las condiciones óptimas

en todo momento, y en el momento de la finalización tiene asignada la función de recogida del mismo. Si a la función del TCAE nombrada, le añadimos las funciones de todo el equipo se conseguirá llevar la intervención con toda seguridad, dando al paciente la protección y la seguridad necesaria para su tranquilidad y al mismo tiempo evitando las posibles complicaciones durante todo el proceso asistencial.

Destacamos como funciones específicas del TCAE en este momento de la intervención:

- Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención.
- Colocar el equipo textil-desechable y el instrumental.
- Preparar los sistemas de aspiración necesarios para la anestesia.

Fases del proceso quirúrgico:

1. Preoperatorio:

Esta fase da comienzo cuando el paciente debe someterse a una intervención y termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.

El objetivo primordial es identificar las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente.

El primer paso a seguir es la recepción y preparación del paciente, donde se recibirá al paciente a su ingreso y se preparará de forma adecuada para minimizar el impacto y los riesgos de la intervención a nivel tanto físico como emocional.

Una vez recepcionado el paciente, llega el momento de entrar en el quirófano y es necesario la realización de ciertos preparativos como:

- Rasurar la zona a operar en el caso de ser necesario.
- Administración de enemas pautados.
- Administrar medicamentos orales que el paciente toma de forma habitual, si el medico así lo decide.
- Administrar tratamiento antibiótico preventivo.
- Comprobar que las pruebas complementarias se hayan realizado.
- Asegurarse de que todos los consentimientos informados estén debidamente cumplimentados.
- Informar al paciente de que no debe tomar nada por vía oral 6-8 horas antes
- Enseñar al paciente como realizar un aseo completo con jabón antimicrobiano la noche anterior.
- Advertirle que debe retirarse todas las joyas y elementos metálicos, así como el esmalte de uñas
- Proporcionar apoyo psicológico.
- Complimentar el registro preoperatorio, así como comprobar todos los datos.

Existe una sala antes del quirófano llamada antequirófano donde la enfermera es la encargada de verificar la identidad del paciente y su historia clínica además de supervisar que todo está correcto.

En esta fase se tiene como objetivo aliviar la ansiedad y temores del paciente ante la intervención inmediata, donde se le permitirá expresar sus sentimientos y su punto de vista además de dar información veraz y aclarar dudas.

2. Intraoperatorio:

Comienza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica y termina cuando se admite al enfermo en la sala de recuperación. El objetivo primordial es cubrir las necesidades del paciente y procurar su bienestar durante todo el proceso.

Registro de datos:

Se registran, por parte del personal de enfermería, de una serie de procedimientos realizados durante el proceso que pueden pasar inadvertidos pero que se realizan sistemáticamente, y que afectan o pueden afectar a los cuidados posteriores del paciente, de esta manera con este registro se pretende:

- Ofrecer una relación escrita de los cuidados aplicados durante todo el proceso.
- Servir como medio de comunicación entre los profesionales.
- Proporcionar una base legal y administrativa.
- Servir como instrumento escrito para la evaluación e investigación de los cuidados aplicados.

Transferencia a la mesa quirúrgica:

Aquí el personal de enfermería le proporciona asistencia para transferirlo con seguridad y prevenir lesiones del personal durante el traslado, así como proporcionarle toda la comodidad posible al paciente.

Cuando el paciente está en la mesa quirúrgica comienza la monitorización que tiene como objetivo observar de manera constante los aspectos de la función respiratoria, cardiovascular y del sistema nervioso.

Lo que vamos a monitorizar:

- Tensión Arterial (TA).
- Electrocardiografía (ECG).
- Oximetría de pulso (Saturación).

3. Postoperatorio:

Comienza con la admisión del paciente en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) y termina cuando el paciente es dado de alta de la unidad

Cuando termina la intervención se reanima al paciente hasta que se despierte y

respire por sí solo y se traslada fuera del quirófano a una sala de despertar.

El postoperatorio se divide en dos fases:

- Inmediato:

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.

- 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.

5 Discusión-Conclusión

El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como miembro del equipo quirúrgico, realiza su trabajo en coordinación y bajo la supervisión de las enfermeras. Es importante que los TCAE estén constantemente renovando conocimientos para estar especializados en quirófano.

Por lo tanto el auxiliar de enfermería cumple un rol fundamental, ya que debe trabajar en coordinación con profesionales en enfermería y doctores. También se desempeña en las funciones de limpieza, reposición, colocación del material e instrumentos quirúrgicos.

No solo hay que reseñar y concluir las funciones propias con profesionales o quirófano si no también la función de dar atención integral y primaria al paciente. Pero siempre seguirán las instrucciones del personal en el Departamento o Servicio de salud, así como la dirección de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 188

CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

OMAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una patología del sistema nervioso central (SNC) provocada por un daño progresivo de la mielina, con pérdida de funcionamiento del nervio a consecuencia del daño, destrucción o malformación. La mielina (vaina que es una estructura multilaminar formada por las membranas plasmáticas de las células de Schwann que rodean con su citoplasma a los axones de las neuronas), sufre destrucciones por inflamación y cicatrización impidiendo entonces que los impulsos neuronales viajen con rapidez.

Su causa es desconocida e implica inflamación del tejido nervioso repetida en cualquier área de SNC porque las células del sistema inmune atacan al sistema nervioso central. Esta inflamación destruye la vaina de las células de esa área, variable según persona y episodios, dejando muchas áreas de tejido cicatricial (esclerosis) provocando un retraso en la transmisión de impulsos originando los síntomas. Los síntomas son variables dependiendo de la zona y magnitud del episodio, estos pueden durar días, semanas, incluso meses. También es probable que aunque su periodo sea corta, surjan recaídas, incluso algunas teniendo que tener cuidados ambulatorios.

Como decíamos las causas son desconocidas pero en ello puede influir:

- Geográficas.
- Genéticas. estudios confirman en gemelos idénticamente iguales se desarrolla, así mismo hijos de pacientes tiene un alto riesgo de heredarlo, aun así no se puede determinar los genes que influyen.
- Virus.

Un diagnóstico precoz suele ser difícil solo en algún caso puede detectarse síntoma en analíticas rutinarias. Muchas veces también se detectan o se manifiestan por: debilidad 35 % pérdida de sensibilidad 37 % parestesias 24 % problemas ópticos 36 % algunas con menos porcentajes como: vértigo 6 % demencia 2% parálisis facial 1 % caídas 1 %. Todos estos síntomas son también variables según cada persona y episodio.

2 Objetivos

Exponer en qué consiste la valoración, diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico en el paciente diagnosticado con esclerosis múltiple.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave utilizadas han sido: cuidados, atención, esclerosis múltiple, paciente, brote, mielina, síntomas, tratamiento, farmacología.

4 Resultados

Valoración del paciente:

1. Historia clínica: primeros síntomas , valorar si esos síntomas afectan a las tareas diarias , en su trabajo, si para ellas necesitan ayuda de conocidos o familiares y necesitan de fármacos para poder llevarlas a cabo y si alguien de su ámbito cercano (familiares) tienen síntomas similares.
2. Exploración del paciente, física y mental que valore el estado mental y sus funciones motoras y sensitivas, así como la rapidez y exactitud en respuestas y situaciones en las que el paciente tendría que mostrar un orden y exactitud en

sus recuerdos más cercanos. También juega un papel muy importante valorar sus emociones, se tendrá que valorar su tristeza, euforia también indiferencia irritación incluso su agitación. Por su puesto y no menos importante su función sensitiva ante el dolor también táctil, hormigueos, sentido de la posición y sensación ante el calor como por ejemplo a la quemazón. Observaremos también su agudeza visual, campos oculares para así poder valorar una posible pérdida de visión, presbicia, visión doble o borrosa.

Un buen estudio diagnóstico incluye exploraciones complementarias como pueden ser mielogramas y exámenes sanguíneos.

Tras el diagnóstico se suministrarán diferentes fármacos según evolución del brote como:

1. Glucocorticoides para ataques agudos.
2. Inmunodepresores para disminuir la frecuencia de estos.
3. Acth muy útil para la enfermedad.
4. El beta interferón disminuye hasta un 5 % las exacerbaciones.
5. Corticoides en dosis altas para las recaídas.

El administrar tratamientos terapéuticos nos servirán para dar apoyo y aliviar los síntomas del paciente; eso si acompañados de una buena alimentación un buen descanso ejercicio adecuado, ya que la terapia física es un punto también muy importante porque ayuda al paciente a mantener su fuerza muscular y una positiva movilidad de las articulaciones.

Otras pautas no farmacológicas a tener en cuenta son las siguientes:

Una buena actividad física , control alimentario basada en productos saludables y técnicas de ayuda como yoga acupuntura y técnicas relajantes pueden ayudar una mejoría y una buena calidad de vida frente a la enfermedad. Una buena terapia ocupacional les vendrá bien adaptar su vida diaria a la situación actual en la que se encuentre el paciente y siempre acompañada de una fisioterapia específica para esta enfermedad.

También tendremos que hacer consiente al paciente de la situación en la que se encuentra para que así pueda tener en cuenta nuestras recomendaciones como , temperatura ambiental ,su respiración, evitar sobre esfuerzos, y habituar sus horas a cada momento.

Una vez realizados todos estos pasos tanto pacientes como personal médico podrán recibir unos buenos resultados tras una buena evaluación.

Cumpliendo todos estos pasos se puede llevar casi siempre una buena evolución de la enfermedad.

Es muy importante también los conocimientos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y resto de personal sanitario para poder actuar de forma

adecuada ante cualquier estadio en el que se encuentre esta y poder realizar las funciones de forma adecuada y satisfactoria para todos.

Cualquier mal acto o movimiento puede afectar muy negativamente al paciente como a resto de sanitarios, ya que su labor sería mucho más complicada y más difícil y llevar de nuevo al paciente a una estabilidad dentro de la enfermedad en la que se ve inmerso. Los resultados como decimos son siempre más positivas ante una buena y rápida actuación tanto por los conocimientos del paciente como del TCAE y el personal sanitario que lo atienda.

5 Discusión-Conclusión

Aunque sea una enfermedad muy complicada y degenerativa que va acompañado de un proceso largo de tratamientos y de esfuerzos, los resultados pueden ser muy gratificantes, y positivos por su rápida mejora dentro de la enfermedad. Cada vez se tienen más adelantos para frenar dicha enfermedad y conseguir así que sea más lenta y tener más calidad de vida. Para conseguir buenos resultados y objetivos lo primordial sería una buena información y formación por parte de todos.

Una actuación eficaz y rápida por tomada por el personal y paciente siempre será positivo y se tendrán más mejoras que consecuencias en los tratamientos y resultados.

6 Bibliografía

1. [Www.Mayo.clinic.Org](http://www.Mayo.clinic.Org)
2. Repositorio.Uncan.Es.

Capítulo 189

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ESTERILIZACIÓN

BEATRIZ FERNANDEZ ACEVEDO

SANDRA ZARZALEJO LLORENTE

SANDRA BUENDIA GÓMEZ

MARIA DEL MAR BENITO MARTINEZ

TANYA ANGELOVA KARTSELSKA

1 Introducción

A nivel hospitalario existen gran cantidad de microorganismos que producen infecciones y enfermedades. Para ello se desarrolla el servicio de esterilización a través del cual se garantiza que el material e instrumental hospitalario se encuentre en condiciones de asepsia.

Si recurrimos a las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define esterilización como la técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando microorganismo, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encuentra como el principal responsable del correcto funcionamiento de la central de esterilización en un

hospital siendo esta la persona encargada de realizar la esterilización de todo el material que será utilizado para el diagnóstico o tratamiento de los pacientes. Cualquier error cometido en la esterilización de un instrumental que vaya a estar en contacto directo con fluidos corporales del paciente puede acarrear graves consecuencias para la salud del paciente.

Dentro del servicio de Esterilización existen tres áreas diferenciadas:

- Zona sucia, aquí el TCAE recibe el material y revisa, limpia, desinfecta, seca y clasifica para después pasar a la zona limpia.
- Zona limpia, el TCAE prepara los paquetes de material, y comprueba su correcto empaquetado. También deben colocarse los diferentes controles biológicos y químicos. Posteriormente, el TCAE selecciona el método de esterilización, según el material a esterilizar.
- Zona estéril, el TCAE recibe el material esterilizado y es el encargado de clasificarlo, almacenarlo según fecha, enviarlo a su servicio correspondiente, así como todo registrar todo el material procesado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar conocer las principales funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización.

Objetivos secundarios:

- Reseñar los diferentes conceptos y métodos de esterilización existentes.
- Comprender la importancia de una correcta esterilización.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: esterilización, Zonas de esterilización, TCAE y funciones.

4 Resultados

Es importante tener en cuenta y conocer los conceptos dentro del servicio de esterilización y que todo TCAE debe conocer:

- Limpieza: técnica de saneamiento que incluye acciones metódicas y programadas, consistentes en remover los restos de materia orgánica e inorgánica y reducir el número de microorganismos presentes en el instrumental y material.
- Desinfección: técnica de saneamiento que tiene por finalidad destruir los microorganismos patógenos.
- Esterilización: técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, eliminando tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas.

Según el Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la seguridad social define en su artículo 76 las funciones del Auxiliar de Enfermería en el Servicio de Quirófano y Esterilización:

- El cuidado, conservación y reposición de batas, sábanas, toallas, etc.
- El arreglo de guantes y confección de apósitos de gasa y otro material.
- Ayudar al personal Auxiliar Sanitario Titulado en la preparación del material para su esterilización.
- La recogida y limpieza del instrumental empleado en las intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en la ordenación 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.

Existen diferentes métodos de esterilización, los cuales tienen diferentes ventajas e inconvenientes. Estos métodos son:

1. Autoclave:

Es un aparato que mediante un método de vapor, produce la hidratación coagulación e hidrólisis de las albúminas y las proteínas en las células microbianas. Es el método más utilizado. Se calienta a 135 °C (7-10 minutos) o a 120 °C (20 minutos). En el proceso es necesario que el vapor contacte con el material a esterilizar, y eliminar el aire residual. Se realiza con una inyección fuerte de vapor que por acción de la gravedad desplaza al aire.

2. Óxido de etileno:

Es un gas que penetra con facilidad en los materiales de goma y plástico. Este medio se utiliza a bajas temperaturas (30-55 °C), con un tiempo de 3 a 8 horas. Este método funciona con una humedad relativa 40-80 %, una temperatura de 30-

55 °C, una concentración de gas 600-900 mg/L y un tiempo de exposición entre 1-5 horas.

Tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE):

- Recepción del material y su posterior clasificación.
- Inspección y empaquetado.
- Proceso de esterilización.
- Comprobación.
- Almacenamiento del material limpio y estéril.
- Distribución.

5 Discusión-Conclusión

Después de consultar la bibliografía pertinente llegamos a la conclusión que el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una unidad de esterilización es vital, ya que de ellos dependerá el éxito del funcionamiento del resto del hospital.

Por lo tanto, todo el personal que trabaja en la unidad de esterilización debe estar formado y preparado para ello, conociendo la importancia de realizar cada proceso de manera minuciosa.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es el personal que se encarga de la correcta limpieza, desinfección y esterilización de todo el material que se utiliza en el hospital.

6 Bibliografía

1. Pérez, Evangelina; Fernández, Ana María, (2005), Auxiliar de Enfermería, Cuarta Edición, Madrid, McGrawHill
2. Fernández Espinosa AM, Pérez De La Plaza E. Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. Cuarta. Madrid: Mcgraw hill/interamericana de España, S.L.; 2017.

Capítulo 190

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN: TIPOS DE DIETAS HOSPITALARIAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

SONIA PULIDO HERENA

CELIA HUERTA MARTÍNEZ

ANA BELEN SUAREZ FERNANDEZ

INES GONZALEZ ALBURQUERQUE

LORENA ÁLVAREZ ORDIERES

1 Introducción

La alimentación saludable es un pilar fundamental para lograr las necesidades nutricionales de los pacientes. Esta va variando según en la etapa de vida en la que nos encontremos, no es lo mismo la infancia que la adultez, aunque también se tendrá en cuenta la situación de la salud.

Cada persona tiene unos requerimientos nutricionales teniendo en cuenta la edad, sexo, actividad física, talla, estado de salud; por lo que es necesario que la alimentación sea de manera individual.

De manera general, la alimentación tiene que cumplir una serie de características: tiene que ser completa (aporte de todos los nutrientes necesarios), equilibrada (en proporción), suficiente (adecuada al peso, crecimiento), adaptada (a la edad, sexo,

trabajo) y debe ser variada (contener alimentos de cada grupo: lácteos, verduras, cereales, carnes, pescados).

La alimentación hospitalaria es también un reto y está en constante cambio y adaptación, actualmente representan uno de los grandes retos de la gestión hospitalaria, ya que estos deben ayudar a mejorar la salud del paciente, manteniendo un estatus nutricional óptimo.

En ocasiones, los pacientes que ingresan en el hospital no necesitan un régimen dietético especial, esto se debe a que no presentan ningún déficit nutricional ni la enfermedad que padece le requiere un control de ciertos nutrientes. Sin embargo, otros pacientes presentan necesidades nutricionales que deben ser cubiertas, en estos casos se aplican las dietas terapéuticas.

En este capítulo se hará un breve recorrido por los conceptos de alimentación y dieta hospitalaria y se identificarán los diferentes tipos de dietas terapéuticas que se pueden llevar a cabo en un hospital.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de alimentación, y dieta hospitalaria.
- Identificar los diferentes tipos de dietas hospitalarias que se pueden llevar a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han consultado diversos artículos y fuentes extrayendo de ellos la información más relevante, usando como buscadores principales “Google Académico” y “Dialnet”.

Las palabras claves que se han utilizado durante la búsqueda de información son: “alimentación saludable”, “dieta hospitalaria” y “dieta terapéutica”.

4 Resultados

La alimentación es un proceso por el cual ingerimos una serie de sustancias del exterior que son necesarios para lograr una correcta nutrición, esas sustancias se encuentran en los alimentos que forman parte de nuestra dieta.

La alimentación tiene una relación directa con la salud, puesto que una correcta dieta ayuda a mantener una correcta salud y prevenir enfermedades que puedan derivarse de una mala alimentación.

Para lograr una dieta saludable hay que ingerir la cantidad correcta de alimentos teniendo en cuenta la edad, sexo, trabajo, actividad física y salud.

Cuando un paciente ingresa en el hospital puede haber dos opciones según sus necesidades nutricionales: situación nutricional correcta y déficits nutricionales. En el primer caso, no es necesario adaptar ninguna dieta al paciente, ya que no presenta problemas nutricionales, en cambio, en el segundo caso, hay que identificar las necesidades del paciente y aplicar una dieta terapéutica para lograr su recuperación.

Se entiende como dieta terapéutica a aquel plan nutricional o de alimentación que se encuentra adaptado a las características que presenta el paciente.

Las dietas terapéuticas pueden ser agrupadas por categorías, estas son:

1. Dietas de progresión: dieta líquida (poca estimulación gastrointestinal), semilíquidas (intermedio entre dieta líquida y blanda) y blanda (bajo contenido en fibras y grasas).
2. Dietas con restricción calórica: se suelen usar en pacientes obesos o con sobrepeso, dentro de estas dietas podemos encontrar las hipocalóricas de 1000kcal, de 1500kcal y de 1800kcal.
3. Dietas con restricción glucémica: se restringe la cantidad de calorías diarias, pero también se hace en la ingesta de carbohidratos.
4. Dietas con modificación de la ingesta proteica: dieta hipoproteica (bajas en proteínas, suele ser para aquellas personas que presentan enfermedades renales), hiperproteica (aumento en la cantidad de proteína que se ingiere, se aplica en aquellas personas que se encuentran desnutridas, con infecciones, cáncer o VIH) y sin gluten (suele ser para personas celiacas).
5. Dietas con modificación de lípidos: hipolípida (para aquellas personas que tienen colesterol y triglicéridos altos) y de protección biliopancreática (para pacientes con enfermedades de la vesícula biliar o pancreatitis).
6. Dietas con modificación de fibra: sin residuos (muy baja en fibra, lactosa y grasas), astringente (sin residuos para personas con gastroenteritis u otras enfermedades que causen diarrea) y laxante o rica en residuos (aumenta ingesta de fibra y de líquidos).

5 Discusión-Conclusión

La alimentación es un pilar fundamental para la salud de las personas, en ocasiones, cuando existen déficits nutricionales es necesario adaptar la alimentación con dietas terapéuticas que tendrán en cuenta que parte es la que no está funcionando correctamente.

Mantener un estilo de vida saludable, incluyendo en ella una alimentación adaptada a tu sexo, edad, talla, estilo de vida, salud... ayudará a prevenir futuras enfermedades relacionadas con el aspecto de la alimentación.

Las dietas hospitalarias son un gran reto dentro de la gestión ya que estas deben ser adaptadas teniendo en cuenta las diferentes necesidades de los pacientes, por lo que es un elemento esencial para la recuperación del enfermo.

6 Bibliografía

1. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/dietas-hospitalarias-definicion-y-tipos-fundamentales>.
2. <https://mastershosteleria.com/dietas-hospitalarias-principales-tipos/>.
3. <http://www.aeal.es/alimentacion-y-nutricion/3-alimentacion-saludable/>.
- 4, <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/dieta-alimentacion/peso-saludable/que-es-una-dieta-saludable.html>.

Capítulo 191

HIPERTENSIÓN: EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA

LAURA ORTAS GONZÁLEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que afecta a personas de cualquier edad aunque es más predominante en personas de edad avanzada. Es una enfermedad silenciosa ya que habitualmente no presenta síntomas por lo que hay muchas personas que la padecen pero que aún no lo saben. Es una enfermedad muy común en todo el mundo que afecta a más del 20 % de los adultos entre 40 y 65 años y casi al 50 % de las personas de más de 65 años. Es una enfermedad crónica, por lo general requiere tratamiento de por vida y la aparición de hipertensión nos indica que tenemos un mayor “riesgo cardiovascular” dado que daña al sistema vascular y es hoy en día causa de hasta un 5% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y responsable de un elevado número de discapacitados.

La presión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea. De la tensión arterial se dan dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en el que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un

latido y otro. Dicha presión es normal cuando se encuentra entre 120/80, la presión arterial alta (hipertensión) se produce cuando ambos valores son superiores a 130/80 mm Hg.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto las causas y factores que pueden ser responsables o influir en la aparición o complicación de la enfermedad
- Explicar posibles prácticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una ardua tarea de investigación basada en la revisión bibliográfica de diversos artículos sobre el tema que nos ocupa presentes en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda avanzada en libros relacionados y se ha sacado información de las principales bases de datos.

4 Resultados

En un gran porcentaje de los casos, casi el 95 %, no se encuentran causas específicas, es la llamada Hipertensión Arterial primaria o esencial, en cambio, hay factores que pueden predisponer a su desarrollo como por ejemplo la genética, ya que una persona con uno o ambos de sus progenitores afectados con esta enfermedad tiene el doble de posibilidades de desarrollarla en comparación con otra persona de padres con tensión arterial normal. La raza es otro de los factores que influye, siendo una enfermedad más notable en personas de raza negra respecto a la raza caucásica, también influye la edad (es más frecuente en personas de más edad), el sexo (los hombres tienen más posibilidades de desarrollar hipertensión que las mujeres), la diabetes, el sobrepeso (a mayor peso se eleva la tensión arterial), los niveles altos de estrés y el estilo de vida (las personas que hacen ejercicio físico a diario suelen tener niveles más bajos de tensión arterial).

Dentro de las complicaciones derivadas de una hipertensión arterial mal controlada podemos destacar el dolor torácico (angina de pecho), infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ritmo cardíaco irregular que en determinados casos puede dar lugar a una muerte súbita.

Entre los consejos que ayudan a controlar y a reducir la presión arterial podemos encontrar:

Reducir la ingesta de sal en las comidas y consumir más fruta y verdura, reduciendo el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas.

Procurar evitar las emociones fuertes o situaciones que nos generen estrés.

Realizar habitualmente ejercicio físico, lo cual además de disminuir las cifras de la presión arterial también ayuda a reducir la obesidad, la diabetes o la hipercolesterolemia.

Limitar el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas para el organismo.

5 Discusión-Conclusión

La HTA es una enfermedad infradiagnosticada y habitualmente silenciosa que no suele presentar síntomas salvo en algunas ocasiones. Hay que estar atento a los posibles signos que nos alerten de la presencia de la enfermedad, como por ejemplo dolor de cabeza, náuseas o vómitos, confusión, alteraciones de la vista o epistaxis. También hay que controlarla aunque no se presenten síntomas en caso de que tengamos familiares directos afectados por esta enfermedad.

Hay que tener en cuenta que algunas de las causas no son modificables, como por ejemplo la edad, el sexo o la raza y hay que hacer modificaciones dentro de lo posible en los factores que podemos controlar como el sobrepeso, la obesidad o el consumo excesivo de sal y grasas.

6 Bibliografía

1. <https://medineplus.gov>
27/01/2020.
2. <https://who.int>
25/8/2021.
3. <https://www.riojasalud.es>.
4. <https://www.cuidateplus.marca.com>
6/11/2020.

Capítulo 192

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS

AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA

LAURA ORTAS GONZÁLEZ

1 Introducción

Nuestro organismo elimina productos de desecho a través de diferentes vías; las heces, la orina, el sudor y el aliento.

Cuando se produce alguna dificultad en la eliminación es muy importante abrir una nueva vía para la expulsión de los productos de desecho. Por este motivo se crea un estoma que es como se denomina al orificio artificial abierto en la pared intestinal mediante una operación quirúrgica llamada ostomía.

Los pacientes ostomizados no pueden saber cuándo van a realizar la expulsión de productos de desecho por lo cual deben llevar siempre consigo una bolsa colectora adherida al estoma (bien sea fecal o urinaria), la cual debe estar meticulosamente fijada al orificio para evitar lesiones en la piel por el drenaje encimático del estoma y para evitar olores desagradables, que es una de las preocupaciones que más afecta a los pacientes colostomizados.

Las ostomías se distinguen en dos tipos; las temporales y las definitivas. Las ostomías temporales son aquellas que se mantienen hasta que la causa del problema se solución, es decir, son reversibles.

Las ostomías definitivas son aquellas que se mantienen durante toda la vida del paciente.

Las ostomías más frecuentes del aparato digestivo son: Colostomía ascendente, colostomía transversa, colostomía descendente o sigmoidea e ileostomía.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados a tener en cuenta en los pacientes ostomizados.
- Poner de manifiesto las precauciones que hay que seguir en las colostomías y urostomías.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una ardua tarea de investigación basada en la revisión bibliográfica de diferentes artículos médicos sobre el tema que nos ocupa presentes en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda avanzada en libros relacionados y se ha sacado información de páginas web que abordan el tema en cuestión.

4 Resultados

Dentro de los cuidados de las ostomías es imprescindible una buena higiene de manos a la hora de manipular el estoma y el uso de guantes en caso de que la realización de los cuidados sea llevada a cabo por un profesional sanitario.

El paciente debe estar sentado o en decúbito supino.

La bolsa debe despegarse desde arriba hacia abajo con suavidad y sujetando la piel.

Hay que realizar un lavado del estoma y de la piel de alrededor con agua y jabón y una esponja suave

Aclarar y secar la zona sin frotar, por empapamiento, para evitar erosionar la piel y que se puedan crear úlceras. El paciente también puede ducharse.

En cuanto a las precauciones hay que distinguir entre pacientes urostomizados y pacientes colostomizados.

Las recomendaciones para los pacientes urostomizados se basan principalmente en la alimentación y el ejercicio físico.

Pueden llevar una dieta normal pero deben de tener en cuenta que hay determinados alimentos que afectan a su día a día como por ejemplo el consumo de

espárragos que cambia el olor de la orina y este se vuelve más fuerte, deben beber abundante agua y evitar las bebidas con gas.

En cuanto al ejercicio físico pueden practicarlo casi sin problema pero deben evitar los ejercicios que hagan que la musculatura abdominal trabaje en exceso. Como recomendaciones generales se encuentran: No usar crema hidratante alrededor de la piel del estoma, usar ropa holgada y cómoda, ducharse sin bolsa pero utilizarla en caso de bañarse para evitar que entre agua, observar a menudo la piel de alrededor del estoma para ver su estado, saber colocar adecuadamente una nueva bolsa cada vez que sea necesario haciendo el orificio adecuado en caso de que sean recortables y pegándola de abajo hacia arriba presionando con los dedos alrededor del estoma desde el centro hacia afuera y procurando que quede bien centrada.

Si hablamos de pacientes colostomizados debemos tener en cuenta que aunque no precisan seguir una dieta especial deben tener cuidado con determinados alimentos como los que producen meteorismo, mal olor, diarrea o estreñimiento. Deben comer despacio y masticando bien para evitar la entrada de aire.

A la hora de realizar ejercicio físico evitarán deportes de contacto y otros en los que se produzca aumento de la presión abdominal.

Como recomendaciones generales y al igual que en pacientes urostomizados hay que evitar la crema hidratante alrededor del estoma, se debe usar ropa cómoda que no oprima la bolsa y solo se debe usar el material propio de los kits de ostomías.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que tienen que vivir con una ostomía suelen ver mermada su calidad de vida, debiendo hacer cambios en el estilo de la misma y a menudo se ven afectados por problemas de autoestima debido a la inseguridad que producen aspectos como el olor, los cambios en la imagen corporal o la aparición de complejos derivados de esta.

En España hay cerca de 70.000 pacientes ostomizados, muchos de ellos a veces, incluso evitan determinadas situaciones como ir a la playa o realizar algunas actividades de ocio. En este sentido es importante dotar de información y técnicas al paciente para que pueda tener una mayor autosuficiencia en la forma de llevar su nueva condición.

6 Bibliografía

1. Libro Técnicas básicas de enfermería Editorial Mc Graw Hill.
2. <https://www.daeformacion.com>
5/02/2018.
3. Material didáctico de academia FSP.
4. <https://www.saludemia.com>
2/08/2017.

Capítulo 193

FUNCIONES DEL/LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL ENFERMO TERMINAL

M^a ADELA GARCIA MENENDEZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

NEREA DE LA CERA AMENEDO

MERCEDES GONZÁLEZ MARTINEZ

1 Introducción

Enfermo terminal es aquel que sufre una enfermedad sin posibilidad de cura, pero para que un enfermo se considere terminal, además de sufrir una enfermedad incurable, progresiva y sin posibilidad de un tratamiento efectivo, la expectativa de vida debe ser inferior a seis meses.

El enfermo terminal presenta una serie de síntomas multifactoriales que hacen difícil su tratamiento, por lo que en la última etapa requiere de unos cuidados constantes (paliativos), que alivien y hagan más cómoda esta última etapa. En la última etapa lo que necesita es comodidad, y un entorno tranquilo.

Por otro lado la familia., además del paciente sufre un gran impacto emocional, por lo que requiere también un apoyo, además de una gran comprensión por parte de todos los profesionales implicados en el proceso.

El papel del/la Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) consiste en procurar bienestar al paciente y mantener una actitud de empatía y comprensión hacia la familia.

Dada la naturaleza de estos pacientes el/la TCAE debe mantener una relación un tanto compleja, puesto que debe tener unas cualidades de comprensión y empatía hacia el paciente y su entorno, pero también debe saber mantener una distancia “terapéutica” para que esta situación no le afecte a nivel personal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la diferencia entre enfermedad terminal, crónica u otro tipo de enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Identificar las necesidades del paciente terminal.
- Conocer las funciones del/la TCAE.

3 Metodología

- Hacer un repaso por distintas páginas de internet para tener una visión amplia y clara del paciente terminal.
- Repasar publicaciones psicológicas para conocer las necesidades, tanto de la familia como del paciente.

4 Resultados

Aceptar el diagnostico de una enfermedad terminal nunca es fácil, ni para la familia, ni para el paciente.

Según la psiquiatra y escritora suizo-estadounidense Kübler-Ross, este tipo de pacientes antes de aceptar su situación pasa por cinco fases.

- Negación. El paciente no puede creer el diagnostico, suele buscar una segunda opinión

- Ira. En esta etapa el paciente experimenta un sentimiento de envidia y resentimiento hacia otras personas. El cuidado del paciente es difícil debido a estos sentimientos.
- Negociación. Recurre a intentar alargar la vida, a través de la negociación. Por lo general con un poder superior.
- Depresión. Ante la certeza de un desenlace fatal, el paciente se vuelve retraído, quiere estar solo.
- Aceptación. Esta etapa es de calma, sin sentimientos. El paciente está en paz y acepta el desenlace.

Estas etapas se deben de aceptar y respetar. Hay que tener en cuenta que la familia pasa por las mismas etapas, aunque no necesariamente, al mismo tiempo que el paciente.

El trabajo del/la Auxiliar de Enfermería es fundamental. Sus funciones son básicas para el bienestar del paciente y el apoyo a la familia.

El/ la TCAE debe estar disponible siempre que el enfermo o su entorno lo solicite, deberá proporcionar bienestar, comodidad y consuelo. También colaborará con la Enfermera o el médico si fuera necesario

Se deben hacer cambios posturales, cada cierto tiempo, puesto que el paciente, por lo general, no puede moverse.

Se mantendrá una higiene y un aseo tantas veces sea necesario, así como la intimidad del paciente y sus familiares.

El ambiente de la habitación, a poder ser individual, debe ser tranquilo, sin ruidos, olores molestos ni luz demasiado intensa.

Si el paciente o su familia lo solicitan se les prestara apoyo religioso.

En todo momento se debe abstener de dar falsas esperanzas o de hacer un diagnóstico, eso corresponde al personal médico.

El cuidado a la familia debe ser de apoyo, asesorar o informar de los distintos servicios disponibles y en muchos caso de escucha.

Los cuidados paliativos son aquellos que se ofrecen a pacientes terminales y a sus familiares. Es un equipo multidisciplinar, está compuesto por distintos profesionales de la salud, y ofrecen unos cuidados integrales, como pueden ser del dolor, apoyo psicológico, trabajadores sociales etc. Estos cuidados se ofrecen al paciente tanto en el domicilio como en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El enfermo terminal, dada su situación de vida limitada tiene unas necesidades especiales y específicas, que van variando según van transcurriendo las distintas

fases.

El/la TCAE forma parte del equipo que presta asistencia al paciente terminal, su trabajo es muy importante por la cercanía con el paciente y con sus familiares.

La relación con la familia en estas situaciones es delicada, por la alta carga emocional, en algunos casos los profesionales se ven sobrepasados y en ningún caso deben de dejar que sus propias emociones afloren más allá de lo conveniente.

También es necesario prestar consuelo a la familia, que de ninguna manera pasa por dar falsas esperanzas.

Se debe de mantener, en todo momento, un ambiente agradable en la habitación, manteniendo la intimidad del paciente siempre.

6 Bibliografía

1. https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Paciente_terminal.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>.

Capítulo 194

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMPETENCIAS HACIA EL PACIENTE PALIATIVO Y LA FAMILIA

CARMEN VAZQUEZ JIMENEZ

1 Introducción

El Técnico en Cuidados auxiliares de Enfermería son los que más en contacto estrecho están con el paciente, con la situación y cuidados relativos al enfermo de paliativos.

Las actualizaciones en cuanto a técnicas de medicina pretenden siempre el curar enfermedades, aunque en muchos casos lo que se consigue es alargar la vida innecesariamente, además de la prolongación de la agonía cuando ya se sabe que la enfermedad y la muerte es incurable y reversible.

No en todas las situaciones el Técnico en Cuidados auxiliares de Enfermería puede proporcionar su ayuda, al paciente o a la familia, pero siempre deben de contar con su apoyo.

Para que un enfermo sea estimado como paliativo y terminal, debe tener y cumplir una serie de condiciones de salud, las cuales el profesional debe saber reconocer, siendo estos aspectos importantes, como la edad y las enfermedades incurables además de que no exista tratamiento ni respuesta a los mismos. En estos casos la esperanza de vida del paciente no supera los seis meses.

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o cualquier otro profesional de la salud está en constante relación con la muerte, además de que es inseparable

de sus competencias en la asistencia del enfermo, se debe aceptar la muerte como una realidad y ser fuertes mentalmente ya que forma parte del ciclo de la vida. Tendremos que estar atentos y muy pendientes del paciente paliativo, escuchándolos, apoyándolos y por supuesto aplicando en base a nuestros conocimientos y competencias todos los cuidados asistenciales que requieran estos enfermos.

2 Objetivos

Describir las actuaciones que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe realizar a la hora de proporcionar seguridad, cuidados y apoyo psicológico al enfermo paliativos y sus familiares.

3 Metodología

Revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Cuiden, Dialnet plus y Scopus, la búsqueda de los artículos se realizó en español, utilizando las palabras clave: duelo, muerte, comunicación, cuidados paliativos, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, así como revisión y estudio de Revistas de información médicas.

4 Resultados

En cuanto a las actuaciones a realizar por el Técnico en Cuidados auxiliares de Enfermería serán:

El ser buenos observadores de la sintomatología del enfermo. Y que el enfermo no muestre síntomas de dolor en esta fase es muy importante y hay que intentar que la familia no vea que sufre su familiar para que no se queden con esos últimos recuerdos, y se deberá avisar al personal enfermero de que el paciente sufre:

- Se fomentará la comunicación entre el enfermo y la familia.
- Se deberá tener una comunicación sincera y honesta con el enfermo, respetando sus derechos y decisiones.
- La familia deberá estar informada por el personal facultativo, si el paciente así lo decidió del proceso de la enfermedad.

Se ayudará a la familia a colaborar en el cuidado del enfermo implicándoles en su atención:

- La familia deberá saber, con anticipación, de la proximidad del fallecimiento para que estén con el enfermo y presentes en sus últimos momentos.

- Nunca infundir falsas esperanzas a los familiares, ya que les resultara más difícil el afrontamiento.

Una vez que se ha producido el fallecimiento del enfermo

Las actuaciones del Técnico en Cuidados de Enfermería, durante esta etapa serán:
Preparar y despedirse del fallecido.

Respetar la soledad que quiera tener la familia.

- Si no, sabemos qué decir mejor no decir nada.

- Aclarar dudas relacionadas con la muerte del su familiar si entra dentro de nuestras funciones o competencias si no les referiremos al personal facultativo.

Fomentar que sea el propio familiar quién recoja y coloque los objetos personales de la persona fallecida, y en ningún caso presionarles para hacerlo, ya que para ellos no es un momento nada fácil.

5 Discusión-Conclusión

Podemos observar a través de la descripción de la actuación del personal sanitario o no sanitario y en especial del Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería en nuestra visión de lo anteriormente referido opinamos que los momentos del final de la vida en el enfermo y en sus familiares, son situaciones muy estresantes y que de las actuaciones nuestras va a depender muchísimo, como llevaran ellos ese proceso antes de la muerte y después, se deberá ser respetuoso y prestar todos los cuidados con la mayor empatía posible, además de nunca caer en presencia de familiares o enfermos y que vean en nosotros una ayuda, apoyo y dedicación integral, se deberá de aplicar todos los conocimientos disponibles en lo referente al plano físico y también en el psicológico.

6 Bibliografía

1. Llauradó Sanz Gemma. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. Ene. [Internet]. 2014 Mayo [citado 2022 Mayo 25] ; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006&lng=es.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006>.

2. <https://revistamedica.com/atencion-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-proceso-del-duelo/>.

3. Souza Mariana Cristina dos Santos, Jaramillo Rosângela Garcia, Borges Moema da Silva. Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2021 [citado 2022 Mayo 25] ; 20(61):

420-465. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100017&lng=es.
Epub 01-Feb-2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420751>.

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

1 Introducción

La consulta externa es un servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la consulta externa es la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/ o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente. Según la OMS la consulta médica debe tener una duración de un promedio de 20 a 30 minutos por cada paciente para ser efectiva.

La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las consultas médicas de Atención Especializada es acompañar al médico en las visitas con los

pacientes y ayudarlo en lo que el médico necesite. Tiene un papel muy variado desde la organización de la consulta, atención y comunicación con el paciente o con un familiar hasta el mantenimiento de la unidad de la consulta externa (se encarga del buen estado de la consulta, de colocar todo en su sitio y mirar que no falte de nada). Dependiendo de la consulta en la que se encuentre recibirá a los pacientes según protocolo del servicio.

2 Objetivos

- Analizar las principales funciones del TCAE en el servicio de consultas externas.
- Describir las tareas en esta unidad, así como los cuidados prestados.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las consultas externas hospitalarias es muy diverso, una de las actividades es la organización de la consulta, debe verificar el listado de pacientes, ver las agendas de ese día, quién es el responsable médico que va a pasar consulta. También debe preparar la historia clínica del paciente comprobar los datos y en caso de que falte alguno preguntar y apuntarlo, debe asegurarse de que estén hechas las pruebas que anteriormente le han mandado el facultativo (análisis, tac, radiografías) y si fuese la primera vez que va el paciente tener preparados volantes, consentimiento de distintas pruebas, etc...

En algunas ocasiones se produce un cambio en la ubicación de la consulta y ahí es donde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar al tanto de la llegada de los pacientes para informarles de la nueva ubicación de la consulta. También debe procurar el orden y el silencio en las zonas contiguas a las salas donde se desarrolla la consulta.

Otra faceta del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es ayudar a ajustar distintas fechas y citas al paciente en el caso de que el facultativo lo derive a otros servicios, otras funciones están relacionadas con la atención y comunicación al paciente y /o familiar aquí el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe recibir al paciente, recoge y registra sus datos clínicos para transmitírselos seguidamente al médico. Colabora con el médico y ayuda al paciente para que éste lo pueda explorar, eso si siempre es muy importante mantener la intimidad del paciente. En el caso de que se le tuviese que practicar algún tipo de cura, sondaje, vendaje, etc... colaboraremos con el médico o el enfermero que lo requiera.

También debemos realizar el mantenimiento de la unidad de la unidad de consulta externa que se esté, hacer una limpieza diaria del material en reponer en el caso de que falte algo, notificar deficiencias y averías.

Es importante que la consulta este en un estado óptimo, ya que es una zona donde los diagnósticos y las emociones se mezclan entre sí.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las distintas consultas de atención especializada son muy similares en todas el auxiliar recibe al paciente, comprobando eso si sus datos siempre, acomodarlo en la consulta y ayudarlo en lo que necesite. También es una labor fundamental del técnico en cuidados auxiliares de enfermería empatizar con los pacientes, intentar darle el apoyo emocional que así se requiera y así se sentirá mucho más cómodo y seguro a la hora de explicarse y al mismo tiempo a la hora de recibir las explicaciones del facultativo. También deberá ayudar al médico en la preparación del material y posteriormente en la limpieza y colocación de dicho material.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 196

TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

1 Introducción

Cuando se produce una insuficiencia renal es necesario recurrir a la hemodiálisis (o en ciertos casos a la diálisis peritoneal) que puede ser temporal, si el paciente puede ser derivado a un trasplante de riñón, o una opción terapéutica si el trasplante está contraindicado.

Para que se pueda llevar a cabo, el equipo médico debe crear un acceso (fístula arteriovenosa, injerto, catéter) en el brazo del paciente mediante el cual se conectarán los tubos de entrada y salida de la sangre para que la máquina dializadora se encargue de eliminar los desechos y controlar el adecuado flujo de sangre.

Es un proceso que dura entre 3 y 4 horas y que se debe realizar tres veces por semana.

La hemodiálisis pasa a desempeñar o sustituir las funciones de limpieza y filtración que suelen realizar los riñones, de manera que la sangre y el líquido de diálisis igualan sus concentraciones para posteriormente eliminar productos de desecho tóxicos y filtrar la sangre para que esta se incorpore de nuevo a la circulación sanguínea. Además, durante el proceso se añade Heparina (anticoagulante) para facilitar esa circulación.

Los efectos que puede desencadenar el procedimiento suelen ser leves, es decir, puede provocar dolor de cabeza, dolor moderado en la zona de la fístula, calambres, hipotensión pero, en general, son mayores las ventajas, ya que si la insuficiencia renal persiste y no se toman medidas puede desembocar en una situación de peligro para el paciente.

2 Objetivos

- Identificar y conocer el proceso de hemodiálisis.
- Exponer la relación del Técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) con el paciente durante el proceso.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados básicos del paciente en la unidad de Hemodiálisis son llevados a cabo por el personal de Enfermería, incluido el TCAE, aunque la atención integral es función de todo el equipo multidisciplinar.

La responsabilidad del TCAE se incluye en distintos ámbitos.

Función asistencial:

- Acoger al paciente a su llegada proporcionándole todo lo necesario para su comodidad (pijama).
- Ayudar en la higiene de la fístula si fuera preciso.

- Preparar todo el material necesario para la diálisis (paños estériles, jeringuilla, agujas analítica, agujas fistula).
- Medir y registrar el peso al llegar ,así como también al final de la sesión.
- Comprobar signos vitales.
- Realizar balance de líquidos y diuresis durante la sesión.
- Informar al paciente del cuidado del acceso venoso (lavado).
- Vigilar al paciente durante el procedimiento para detectar posibles problemas.
- Asistir a equipo de enfermería y al médico en todo lo que necesiten, tanto en la aportación de material como en la conexión y desconexión de la fistula o catéter, como en cualquier otra acción.
- Recoger y enviar muestras a laboratorio.
- Mantener ordenada y limpia la unidad.
- Recoger todo el material y la ropa de cama y dejar el puesto preparado para la siguiente sesión.
- Desmontaje y limpieza y desinfección de material incluyendo también las máquinas y monitores de diálisis.
- Retirar, limpiar, empaquetar, recibir y registrar el material esterilizado.

Función de Apoyo:

Asistir al paciente en aquellos aspectos psicosociales que favorezcan su estado de salud contribuyendo a su estabilidad emocional creando de esta manera un ambiente familiar y un clima agradable y de seguridad y estableciendo un trato humano con la persona dializada , lo cual juega un papel fundamental en la evolución de la enfermedad y, por lo tanto, en la normalización de la misma.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal es una enfermedad que se considera progresiva en muchos casos y un problema de salud pública debido a su incidencia cada vez más notable entre la población, su impacto socioeconómico, así como el emocional y psicológico en el paciente, que una vez que conoce su diagnóstico, este le genera sentimientos variados de confusión, miedo, rabia e inseguridad que darán lugar a cambios a los que el propio paciente tendrá que adaptarse.

Pero hoy en día y gracias a los avances tecnológicos la función renal sustitutiva resulta más eficaz y segura, y dentro de esa función el TCAE desempeña un papel importante junto con el resto del equipo, siendo necesario que conozca y controle sus tareas o funciones para un correcto desarrollo y resultado del trabajo de hemodiálisis.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-unidad-hemodialisis/>(2021).
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-del-tcaecon-el-paciente-renal/>.(2021).
- 3.<http://www.opolanco.es/documentos/enfermeria/unidad-deenfermeria-de-hemodialisis.pdf>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000707.htm>. (2021).
5. <https://www.enfermerianefrologica.com/>(2021).

Capítulo 197

TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DEL CABELLO DE UN PACIENTE ENCAMADO

MARÍA DEL CARMEN BAIDEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ MUÑOZ MARTÍNEZ

MARIA SACRAMENTOS CANTERO SORIA

MARÍA INMACULADA VALVERDE RUÍZ

FRANCISCA LUZÓN SELVA

1 Introducción

Cuando vamos a realizar el aseo de un paciente es algo que, si se encuentra hospitalizado, se deberá realizar cada día, pero en cambio por falta de tiempo lo más habitual es que el cabello no se lave habitualmente, sino que se realizará como mucho un par de veces a la semana, dependiendo el estado del cuero cabelludo del paciente. Si este fuese seco se realizaría una sola vez.

Al realizar el lavado del cabello en un paciente encamado se pretende propiciar la mejor higiene y prevenir procesos infecciosos tales como la pediculosis, o infestación del cuero cabelludo por piojos, además se fomentará también un mejor estado físico y psíquico que elevaran la autoestima y el bienestar del paciente.

Siempre debemos tener en cuenta que no haya contraindicaciones para realizar esta técnica, ya que en caso de sufrir alguna lesión craneal no se realizará el lavado del cabello.

Siempre se deberá informar al paciente o a la persona que se encuentre a su cargo del procedimiento a realizar y además, en caso de que el pelo se encuentre muy enredado, en mal estado o incluso ya infectado, habrá que cortar, pero obteniendo el permiso previo del paciente si se encontrase consciente o del familiar a su cargo.

2 Objetivos

- Describir la técnica para la higiene del cabello en un paciente encamado.
- Analizar la postura y precauciones en la técnica de higiene del cabello.

3 Metodología

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

4 Resultados

Técnica paso a paso:

1. Nos lavaremos las manos y nos colocaremos los guantes.
2. Se preparará el material necesario y acercarlo a la habitación.
3. Nos aseguraremos de preservar la intimidad del paciente e informarle a él o ella, o a la familia del procedimiento.
4. Evitar las corrientes de aire en la habitación cerrando puertas y ventanas y mantendremos la habitación a la temperatura adecuada.
5. Colocar la cama en posición horizontal, si no está contraindicado, y el paciente lo situaremos en decúbito supino.
6. Colocar al paciente en la Posición de ROSER: se acerca el paciente a la cabecera de la cama (previamente habremos retirado el cabezal de la misma), de forma que la cabeza quede colgando fuera de la cama.

Si no fuera posible utilizar esta posición, situaremos al paciente en diagonal sobre la cama, en el borde lateral de la misma.

7. Retirar la ropa de la cama hasta la cintura del paciente, tapándole con una toalla de baño.

8. Se le colocará una toalla por los hombros, alrededor del cuello y le pondremos algodones en los oídos para evitar la entrada de agua o jabón.

9. Colocar un lavacabezas o palangana debajo de la cabeza del paciente, para recoger el agua que caiga.

10. Después se le moja el cabello con agua templada, se enjabona y se lava, a continuación se aclara con abundante agua limpia.

11. Se seca el cabello con una toalla o secador de mano y lo peinamos e incluso perfumamos.

12. Se retiran los algodones de los oídos así como el lavacabezas o palangana.

13. Comprobamos que la lencería de la cama y pijama o camisón no están mojados.

En caso de que sí lo estén habría que cambiarlos.

14. Volver a colocar al paciente en una posición cómoda y adecuada respetando el cambio postural en el que se encontraba previo al lavado.

15. Recoger el material utilizado, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido, como personal sanitario titulado en cuidados auxiliares de enfermería, la técnica para la higiene del cabello en un paciente encamado.

Es importante realizar el lavado del cabello para propiciar la higiene del paciente, evitar infecciones o infestaciones en el cabello. Además se fomenta el bienestar y el aumento exponencial de autoestima.

Siempre se deberá tener en cuenta que debemos informar al paciente para ganarnos su confianza y generar tranquilidad o a la familia del procedimiento que vamos a realizar y además si fuese necesario, solicitar ayuda a la familia para que así esta viese en primera mano como se realiza la técnica.

6 Bibliografía

1. Lavar el pelo a un paciente encamado (2020) <https://www.msolucionagranada.com/lavar-el-pelo-a-persona-encamada>.

2. TCAE - Técnicas y protocolos (Mayo 2016) -<http://www.auxiliarenfermeria.com/tecnicasauxenf.htm#marc09>.

Capítulo 198

ACTIVIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA EN EL TURNO DE TARDE.

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

La consulta de dermatología es una de las consultas más importantes, la función principal del TCAE en esta consulta es acompañar a los médicos en sus visitas con cada uno de los pacientes programados para ese día, asistirlos cuando sea necesario y ayudar al facultativo en todo lo que necesite.

Una de las principales funciones todas las tardes es distribuir por cada una de las consultas de dermatología los listados de trabajo con su correspondiente etiqueta identificadora de los pacientes de ese día ya que así será más fácil a la hora de

hacerles pasar. El TCAE debe de salir a la sala de espera para recoger el documento por el cuál viene a consulta, pasamos la información al médico para que este visualice esta información antes de que este pase, así comprobaremos realmente que necesita o por lo que esta citado en esta consulta. El facultativo también puede presentar información en su historia clínica ya que algunos pacientes están citados telefónicamente y no traen informe. El TCAE se encargara de ayudar al paciente acomodarse en la consulta ya sea tanto en la camilla como en la silla para que el médico pueda tratarlo así lo desee, una vez atendido, sacaremos las peticiones e informes sobre lo que el paciente necesite, siempre muy importante identificar tanto la petición como la prueba realizada. El TCAE debe explicarle a este todo lo referente a dichas peticiones y citas que tendremos que pautar para las pruebas a realizar.

En todo momento el TCAE tiene que intentar mantener la consulta de manera ordenada y preparada entre paciente y paciente tanto en su llegada como su salida. Ya que en la sala debe estar el siguiente paciente que pasará una vez organizada la consulta.

2 Objetivos

Conocer las funciones y conocimientos que debe tener el TCAE en la consulta de dermatología en el turno de tarde.

3 Metodología

Este trabajo está basado en varios estudios de diferentes páginas de internet como: Medline y Scielo, basadas en estudios aprobados.

También protocolos adquiridos por la supervisora de este servicio, que te ofrece para seguir unas pautas y requisitos antes de empezar a trabajar en la consulta.

4 Resultados

El TCAE realiza una gran variedad de funciones tanto para la preparación de la consulta antes de que el facultativo comience su jornada como por ejemplo:

1. Identificar cada consulta con el facultativo correspondiente (carteles en el exterior de la puerta).
2. Distribuir jeringas de anestesia.

3. Comprobar que los contenedores de nitrógeno líquido estén cargados y repartidos en cada consulta.
4. Antes de las 18 h se llevará a esterilización el material quirúrgico para poder recogerlo a primera hora del día siguiente.

Cooperación auxiliar y facultativo:

1. Control de los pacientes → Como hemos dicho en el apartado anterior, a medida que lleguen los pacientes se les preguntará nombre, hora de cita... se anotará en nuestro listado para poder hacerlo pasar por hora de cita u/o llegada.

Pasar por las distintas consultas para limpiar y cambiar sábanas de la camilla, atender a las necesidades de los facultativos, así como dar instrucciones a los pacientes de dónde tienen que dirigirse para gestionar las pruebas prescritas por dicho médico.

2. Biopsias.

Pueden realizarse de dos tipos según diga el facultativo.

- Con Punch: Se proporcionará la anestesia y se preparará la mesa extendiendo una talla estéril azul y abrir el material a utilizar: gasas, pinzas, tijeras...El número de punch y sutura dependerá de la indicación del médico. identificaremos el bote de AP con su petición y pegatina identificativa comprobando siempre que coincidan las dos MUY IMPORTANTE.

Al finalizar la biopsia se limpiará la herida de restos, se aplicará la pomada antibiótica y se le pondrá un apósito. Se le debe explicar los cuidados a seguir.

2. Con bisturí eléctrico:

En primer lugar siempre hay que preguntar si el paciente lleva marcapasos. En caso de que no, colocaremos la toma de tierra, placa metálica en contacto con la piel del paciente y en esa zona no podrá llevar nada metálico.

Comprobaremos siempre que el mango del electrobisturí lleve puesto el terminal. Tras la electrocoagulación se limpiará la zona, aplicaremos pomada antibiótica y se le pondrá un apósito.

Se identificarán todas las pruebas con su petición y correspondiente pegatina:

- En los dos procesos al finalizar la consulta hay que llevar las biopsias a Anatomía Patológica.

3. Infiltraciones.

Se prepararán con jeringa la proporción pautada por el facultativo. Al finalizar se masajeará la zona infiltrada.

4. Protocolo de scabiosis.

Se le sugiere al paciente que se lave las manos o desinfectante manos antes de salir.

Cuando el paciente/s se haya marchado de la consulta limpiaremos con guantes y desinfectante la camilla, mesa, sillas y puerta.

5. Moluscos:

Si son niños pondremos crema anestésica y film de plástico sobre la zona a tratar. Tras 1h se retirará y ayudaremos al facultativo a extraerlos con una cureta. Limpiaremos y taparemos con gasas.

Al finalizar la consulta recogeremos todo el material especial como contenedores de nitrógeno, cámaras de fotos y dermatoscopios, cerraremos con llave todos los armarios, apagaremos los electrobisturís y focos, recogeremos los consentimientos informados...

Repondremos todo el material utilizado y lencería.

Se llamarán a los pacientes que nos digan para informarles de su cita, nunca se dan citas sin consultar con el médico correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

La función principal del TCAE en las consultas como hemos dicho es la atención al paciente y la ayuda imprescindible al médico u enfermera si la hubiese, por eso este hace una función necesaria muy importante.

Es el encargado en todo momento del bienestar y comodidad del paciente haciendo siempre ver que cualquier tipo de tratamiento o prueba no debe por que preocuparse.

También es encargado una vez terminada la consulta de la responsabilidad de todas y cada una de las pruebas ya identificadas para así poder llevarlas al servicio de Anatomía patológica donde allí se encargaran de analizarlas, para una vez analizadas poder dar cita al paciente para dar los resultados.

6 Bibliografía

11. Protocolos hospitalarios obtenidos por un supervisor. <http://www.scielo.edu.uy>.

Capítulo 199

TRASTORNOS MENTALES EN LOS PACIENTES Y SU RELACIÓN CON EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

AROA MARÍA PEINADO ALARCÓN

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como: “estado completo de bienestar mental, físico y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Al aceptar esta definición, el estado mental está dentro de la evaluación para saber el estado de salud de las personas.

Esta definición ha sido modificada y la OMS describe la salud mental como: “Resultado de la presencia de aspectos psicológicos afectivos y sociales sobre la salud, necesarios para alcanzar un buen estado de completo bienestar”.

El sistema sanitario va orientado a la atención integral de la persona y su proceso vital. Una persona sana mentalmente se supone que reúne estas características:

- Que la actitud que mantiene es adecuada hacia sí mismo y el autoconocimiento consiguiente.
- Desarrolla su creatividad personal y potencialidades.
- Tiene una integración armoniosa entre los atributos de la personalidad y los diferentes rasgos.
- Capacidad independiente y de autonomía.
- Adaptación buena al entorno, donde está incluido el afecto a los otros, la integración a su grupo y las relaciones satisfechas interpersonales.

La salud mental se debe de entender como un estado que permite un óptimo desarrollo físico, afectivo e intelectual de la persona en la medida que no perturbe la vida de los semejantes.

2 Objetivos

Conocer los diferentes trastornos mentales que se pueden dar en los servicios de salud y la labor o relación que tiene con el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y sus tratamientos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros como: “Trastornos mentales”, “trastornos por ansiedad”, “trastornos de estrés”. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Trastorno por ansiedad:

La ansiedad es un trastorno neurótico cuando es caracterizado por alteraciones de personalidad, cansancio mental, pensamientos obsesivos, estado intenso de la ansiedad y actos compulsivos, que dan lugar a sentimientos de sufrimiento, angustia desproporcionado de la realidad en determinadas situaciones.

La labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) requieren un exhaustivo conocimiento de las patologías a tratar para valorar el tipo de enfermos que van a tratar para saber también que aptitud adoptan con respecto a ellos. La función del TCAE con respeto a este tipo de pacientes tiene que ser la misma que para el resto.

Bernard Chauveau, son independientes de cualquier situación real u objeto la angustia y la ansiedad. La ansiedad es una amenaza inminente, un miedo sin causa, un peligro indefinible.

Tipos de ansiedad:

Trastorno por ansiedad simple: sin tratamiento de fármacos. Es la enfermera quien colabora para resolverlo positivamente.

Trastorno por ansiedad generalizada: tiene esta alteración emocional carácter persistente más o menos con tendencia a cronicidad. Es tratable con terapias de relajación y apoyo.

Trastorno por ataque de angustia: Son crisis espontáneas de angustias. Con un profesional a su lado sólo se verá seguro.

Trastornos fóbicos: el temor es irracional, persiste ante actividad, objeto específico, conductas de temidos o de evitación, racionalización o negación.

Agorafobia: tienen miedo a espacios abiertos.

Fobia social: miedo a las miradas de otros por lo que evita situaciones a los que pueda estar expuesto.

Fobia simple: miedo irracional a situaciones concretas diferentes a las dos anteriores.

TRASTORNO FÓBICO

Según la OMS las fobias son “estados neuróticos con miedo intenso y anormal hacia situaciones específicas que normalmente no causarían dicho efecto”. Es decir, es un trastorno nervioso que se caracteriza por un temor irracional, intenso y obsesivo ante un objeto específico como puede ser una actividad, un animal, a personas extrañas, a una situación física, a las alturas, o a espacios cerrados o abiertos.

Se manifiesta con desvanecimiento, palpitaciones, ansiedad, pánico, sudoración, temblor y ansiedad.

El tratamiento a llevar a cabo es con técnicas conductistas donde se tratará de minorar la ansiedad resultado del temor, con una respuesta de comportamiento alterada y modificando determinadas conductas fóbicas.

Trastornos obsesivo-compulsivos:

Según la OMS la definición que se da a estos trastornos es el siguiente: “estados cuyo síntoma sobresaliente es un sentimiento de compulsión subjetiva (que debe ser resistido) para efectuar alguna acción, persistir en una idea, recordar una experiencia o rumiar acerca de un asunto abstracto. Los pensamientos no deseados que se entremeten, la insistencia de las palabras o ideas, las reflexiones... son percibidas por el paciente como inapropiadas o carentes de sentido. La idea obsesiva es reconocida como ajena a la personalidad, pero proveniente de dentro de sí misma. Las acciones obsesivas pueden adquirir un carácter casi ritual con el fin de aliviar la ansiedad. Las tentativas para desechar los pensamientos que no son aceptados pueden conducir a una lucha interna más acentuada con ansiedad intensa”.

El tratamiento se basa en la psicoterapia para buscar los temores básicos y para

que el enfermo distinga los peligros objetivos de los imaginarios. Se llama también psicastenia.

Trastornos de estrés traumático:

Esto se da en personas que han vivido situaciones o experiencias traumáticas, como violaciones, guerras, abusos, muerte de un familiar, etc., experiencias vividas con muchísimo miedo.

El cuadro clínico que se presenta es el flashback, donde la persona está inmersa en recuerdos que vivió durante el suceso. Hay gran ansiedad, pesadillas, depresión, donde el cuadro es complicado.

Trastorno de ansiedad generalizada:

Es una ansiedad y preocupación constante donde el individuo por más que quiera no lo puede controlar. Se acompaña de fatiga, difícil concentración, irritabilidad, cuesta conciliar el sueño, tensión muscular, etc.

Los síntomas físicos pueden dar lugar a dolores musculares, temblores, estados depresivos donde el curso de este trastorno por lo general suele ser crónico, poco incapacitante. Se da más en mujeres, aunque en hombres hay un porcentaje alto.

La valoración del TCAE

La valoración del TCAE, responderá tanto para la adaptación como inadaptación del paciente. Se realizará así:

- Percepción de la salud/mantenimiento de la salud: hay una preocupación exagerada por la salud, por seguir la medicación, trastornos somáticos, miedo a volverse loco, las visitas a los servicios sanitarios son numerosas por crisis de ansiedad....
- Nutrición: preocupación ante los hábitos alimentarios para minorar la ansiedad (puede dar lugar a bulimia o anorexia), pérdida o ganancia de peso....
- Eliminación: los síntomas que a menudo aparecen pueden ser gastrointestinales debido a la ansiedad. Da lugar a alteraciones en la eliminación intestinal como flatulencias, diarrea, estreñimiento, náuseas...
- Sueño: fatiga una vez dormido, tomar hipnóticos o ansiolíticos para dormir.
- Actividad/ejercicio: se preocupa por estar fatigado, le cuesta hacer las tareas diarias, tiene limitaciones de actividad, ...
- Percepción: baja la concentración, le cuesta pensar con claridad y hay alteración de las percepciones.
- Sexualidad: las relaciones no son satisfactorias y hay dificultad para ellas. Las conductas promiscuas no aparecen, sino todo lo contrario.

- Autoimagen/autoconcepto: Tener la percepción de estar altamente ansioso, preocupación por ser dependiente y por la imagen del cuerpo.
- Adaptación al estrés: Nerviosismo e inquietud. Tics e incapacidad para bajar la ansiedad.

Intervenciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

Una vez valorada se siguen los patrones funcionales de salud y viendo que están alterados se procede a los cuidados de enfermería.

Cuidados:

- Valorar el nivel de ansiedad del paciente.
- Darle seguridad estando a su lado y no exigirle la toma de decisiones.
- Hablarle tranquilamente y los estímulos externos disminuirán.
- Identificar situaciones donde la tensión aumente y que tomen conciencia de su ansiedad.
- Hay que enseñarles la forma de reducir la ansiedad como la relajación o técnicas para bajar el estrés.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tendrá que realizar sus funciones con los pacientes que tienen trastornos mentales de la forma más adecuada, motivándoles y dándoles seguridad, fomentando actitudes y aptitudes adecuadas para tratar a los pacientes.

Hay que considerar una serie de aspectos para que la relación TCAE – paciente sea favorable:

- Tener en cuenta que son pacientes muy sensibles y necesitan estar tranquilos y tener seguridad.
- El trato que sea cálido y de respeto. Sus relaciones con las personas suele ser difícil.
- Hay que cuidar que el estado emocional del TCAE esté controlado ya que esto puede influir en este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 200

NECESIDAD DE MOVILIZACION- INMOVILIDAD FÍÍSICA

EVA BEATRIZ PRADO SUÁREZ

1 Introducción

La movilidad se considera una de las funciones mas importantes del ser humano, es vital para la autonomía, ya que solemos definir nuestra salud y forma física por nuestra capacidad de movimiento.

Para poder llevar a cabo una correcta movilidad corporal implica el funcionamiento integrado del sistema esquelético , muscular y nervioso.

Se entiende por necesidad de movilización, mantener la capacidad para mover cada una de las partes de nuestro cuerpo y de trasladarse de un sitio a otro conservando una correcta estabilidad y alineación corporal.

Debido a diversos factores como, la capacidad sensorial, motora ,física, biológica y cognitiva ,puede dar lugar a situaciones de inmovilidad en diferente grado.

Así surge el síndrome de inmovilidad, es un conjunto de signos y síntomas que surgen como consecuencia de la inactividad durante un periodo prolongado de tiempo.

Según el grado de inmovilidad el sujeto podrá tener mayor o menos independencia, las causas suelen estar asociadas al proceso de envejecimiento, presencia de patologías, depresión, sin embargo es prevenible y potencialmente reversible.

Se estima que el 18% de los mayores de 65 años presentan problemas para desplazarse , que el 50% de los mayores de 75 años tienen dificultad para salir de casa, siendo el 20% de estos últimos los que no salen habitualmente de su domicilio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las causas de la inmovilización.

Objetivos secundarios:

- Conocer las intervenciones para la recuperación de la movilidad.
- Conocer los tipos de inmovilismo.

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, una búsqueda sistemática de libros y consultado artículos de las principales bases de datos: Medline, Atensalud y Elsevier.

4 Resultados

La necesidad de movilización es necesaria para protegerse de traumatismos y cubrir necesidades básicas, mantener la independencia, el funcionamiento adecuado de los huesos y músculos, la autoestima y la imagen corporal.

Los componentes necesarios para la movilización son: una función motora normal que va a depender de una buena integridad en músculos, huesos y articulaciones.

Capacidad del sujeto de adoptar y mantener diferentes posiciones del cuerpo en el espacio con la implicación del buen funcionamiento del sistema nervioso central.

El estado psicológico del individuo.

La pérdida progresiva de la movilidad suele relacionarse con la presencia de enfermedades crónicas o degenerativas que de forma paulatina van limitando la capacidad de movimiento y provocando pérdida de autonomía.

El síndrome de inmovilidad tiene un origen multifactorial, es un problema caracterizado por una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio, debilidad muscular y en casos extremos pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulación, consecuencia directa del grado de inactividad física. En función del grado de inmovilidad.

- Relativa: se puede mover con mayor o menor independencia pero mantiene patrón de vida sedentaria.

- Absoluta: pérdida de movilidad severa , encamamiento continuado.

En función de su instauración:

- Agudo: cuando se presenta de forma brusca, acontecimiento traumático (accidente), encamamiento por convalecencia tras procesos agudos(hospitalización), las caídas.
- Crónico: pérdida progresiva de la movilidad por la presencia de enfermedades crónicas o degenerativas.

Como ya se dijo es multifactorial, se implican causas fisiológicas(disminución masa y fuerza muscular, marcha senil, enlentecimiento de los reflejos posturales, disminución de la frecuencia cardíaca, etc.), causas médico quirúrgicas (artrosis, osteoporosis, Parkinson, demencia, alteración de la visión, cardiopatía isquémica, EPOC, anemias, etc.) causas psíquicas como la depresión y causas iatrogénicas (hospitalización, barreras arquitectónicas, incorrecta iluminación, abandono familiar, fármacos, etc.).

Las consecuencias del inmovilismo van a ocasionar trastornos musculoesqueléticos, cardiovasculares, respiratorios, digestivos, neurológicos, entre otros.

Una vez instaurada la inmovilidad se ha de instaurar un plan de actuación, un plan de rehabilitación orientado al abordaje de las causas de esa inmovilidad. aplicar unos cuidados generales de aseo e higiene , hidratación, alimentación, incontinencia, etc.; y una intervención para la recuperación de la movilidad según el tipo y grado de inmovilismo;

- Paciente es encamado :realizar cambios posturales, estimular la movilización activa, sentar al paciente.
- Sedestación: facilitar las transferencias cama- silla, ayudas técnicas para mantener alineación corporal, etc.
- Bipedestación: ayudado por 2 personas y apoyado en andador, posteriormente lo realizará solo hasta alcanzar posición erecta.
- Deambulación: potenciar deambulación diaria si es necesario utilizaremos ayudas técnicas vigilando el miedo a caer.
- Mantenimiento: ejercicios respiratorios, flexión y extensión de miembros, paseos diarios, etc.

5 Discusión-Conclusión

La inmovilidad y sus complicaciones han demostrado tener potencial de causar discapacidad física y sufrimiento emocional en pacientes.

Una comprensión integral del concepto de movilidad es fundamental para ofrecer una atención óptima al paciente.

Al incorporar las habilidades de evaluación apropiadas , los esfuerzos de movilización inmediata y las estrategias de prevención adecuadas, la auxiliar de enfermería puede ayudar a los pacientes a recuperar su anterior grado de movilidad y flexibilidad.

La movilización temprana evita la atrofia y lesiones esqueléticas, evita úlceras por presión y genera mayor independencia.

El cuidado recae en el personal de enfermería en las tareas de higiene , traslados o cambios posturales que propicia la recuperación física y la independencia.

Lo fundamental es incidir que la movilidad facilita la recuperación del paciente y retrasa el máximo posible el encamamiento y la inmovilidad.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 201

DIABETES GESTACIONAL

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

La diabetes es producida por el organismo, como consecuencia, de convertir los alimentos en azúcares que son vertidos al torrente sanguíneo, dando altos niveles de glucosa en sangre. Se considera una enfermedad crónica.

En el embarazo, una de las cuestiones más importantes a tener en cuenta es la diabetes, cada año hay una mayor incidencia en mujeres gestantes. Debido en mayor medida, al consumo de comidas, bebidas con una gran concentración de azúcares y una vida más sedentaria.

Puede acarrear consecuencias graves para el feto y para la madre gestante, o llegarse incluso a la obesidad y diabetes tipo 2 en esos futuros hijos, más adelante en su vida.

El feto para cubrir sus necesidades, provoca cambios en el metabolismo de los hidratos de carbono, de la madre. Podemos observar dos etapas:

- Fase de anabolismo materno: Esta fase está comprendida en la semana 0 a la 20, donde se establece una reserva energética para el desarrollo del feto, dando lugar a un aumento de secreción de insulina. Eleva la lipogénesis y baja la lipólisis.
- Fase de catabolismo materno y anabolismo fetal: Comprende la semana 20 a la 40, la resistencia a la insulina es mayor debido a hormonas, el lactógeno placentario, la prolactina y el cortisol. El cuerpo ataca produciendo secreción de insulina y liberación de glucosa del hígado, aumentando también la lipólisis.

Los objetivos para tener controlada la diabetes mellitus gestacional (DMG) o no gestacionales es conseguir:

- Glucemia basal menor a 95 mg/d.
- Glucemia postprandial menor a 140 mg/dl a la hora.
- Glucemia menor de 120 mg/dl a las 2 horas.
- Ausencia de cetonuria e hipoglucemia y hemoglobina glucosilada menor del 7 %.

2 Objetivos

Dar a conocer la diabetes gestacional y aspectos importantes a tener en cuenta para su seguimiento y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Usando descriptores como:

Diabetes mellitus gestacional (DMG) glucosa alta en sangre, insulina, abortos, anomalías fetales, preeclampsia, muerte fetal, macrosomía, hipoglucemia neonatal e hiperbilirrubinemia neonatal.

4 Resultados

Para poder combatir la diabetes se debe intentar cambiar el estilo de vida, para conseguirlo es muy importante la alimentación, la dieta debe estar basada en 175 g de carbohidratos, 71 g de proteínas y 28 g de fibra. Igual de importante es la actividad física, la cual ayudará a mantener los niveles de glucemia óptimos.

Para el buen estudio se hacen cribados durante la gestación. Estos estudios pueden ser:

- De una etapa: glucemia basal 92 mg/dl (sobrecarga oral con 75 g de glucosa en ayunas, 1 hora después, 180 mg/dl y 2 horas después, 153 mg/dl).
- De dos etapas: test de O'Sullivan (50 g de glucosa oral), si es positivo, glucemia mayor o igual 140 mg/dl, se pasa a la segunda etapa 10 g de glucosa oral en 250 ml en líquido.

Atendiendo a estos valores: Glucemia basal 105 mg/dl, 3 mediciones: Glucemia 1 h 190 mg/dl, 2 h 165 mg/dl y 3 h 145 mg/dl.

Con estos resultados podremos determinar el grado de riesgo en el que se puede encontrar la gestante: Riesgo bajo, Riesgo moderado o Riesgo alto.

Conseguiremos un menor riesgo en abortos espontáneos, anomalías fetales, preeclampsia, muerte fetal, macrosomía, hipoglucemia neonatal e hiperbilirrubinemia neonatal.

Se debe vigilar muy de cerca, la salud ocular de la gestante, ya que existe riesgo de sufrir retinopatía diabética, realizando exámenes de fondo de ojos, antes de la concepción, durante y después de un año de la concepción.

Si aún cambiando el estilo de vida, no se consiguen los objetivos, debemos considerar, la medicación, como tratamiento, siendo la insulina la mejor opción, al no llegar a penetrar en la placenta.

Los medicamentos orales no se aconsejan, no hay estudios de sus posibles contraindicaciones a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

La buena gestión por parte de todo el personal de enfermería (Médicos, enfermeras y TCAEs) es llevar un buen seguimiento e información a la mujer en edad fértil con diabetes para su control estricto de la glucemia antes y durante la concepción y así llevar a buen término dicho embarazo y proporcionarle calidad de vida al nuevo ser.

Todo ello se lleva a cabo en la consulta preconcepcional donde se observaran y estudiaran las posibles alteraciones posteriores que puedan surgir a la DM y así poder reducirlas todo lo posible, dándole bienestar a la madre y al futuro niño/a.

6 Bibliografía

1. Bentz Brugal F. Consideraciones sobre el equivalente metabólico. (Internet) 2011. (Consultado 03 mayo 2019). Disponible en: <http://rehabilitacionrd.blogspot.com/2011/04/consideraciones-sobre-el-equivalente.html>.
2. Martines Ortega, RM. Prevención y cuidados en diabetes para enfermería. Madrid: DAE; 2012. (Revisado en 2015).

Capítulo 202

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

Las personas envejecemos teniendo así cambios morfológicos, físicos y metabólicos en los tejidos vivos durante el paso del tiempo, no tienen porque ser causa de enfermedad, pero sí que nos acercan a la muerte.

En nuestro cerebro hay una disminución del volumen y peso cerebral. A partir de los 60 años disminuye 100 gramos en ambos sexos. Esta disminución nos aumentan los surcos cerebrales de los ventrículos, disminución de neuronas, depósitos de pigmentos, pérdida de plasticidad neuronal y cambios bioquímicos.

A nivel cognitivo se ralentiza los procesos mentales, dificultad en la información aunque no se pierde la capacidad de aprender.

Las demencias han sido consideradas por muchísimos años como dolencias de la vejez. Hoy en día sabemos que este estado también es padecido por personas jóvenes.

El tipo de demencia más habitual es el Alzheimer.

La calidad de vida hoy en día por la alimentación, higiene y medicina, hace que los años de vida aumenten y por tanto aparecen enfermedades crónicas que habitualmente dejan a la persona sin poder valerse por sí solas, apareciendo así la demencia en todas sus formas. Supone un gran reto para los sistemas de salud públicos de la sociedad.

Aunque no es la edad la que determina tener demencia, si que es el primer motivo para poder desarrollarla.

Este tipo de estados supone para las familias un gran esfuerzo físico, económico y moral, en la adaptación a la nueva situación, con el familiar o amigo que lo padece, que suele ser progresiva y durar años.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa cuidados del auxiliar de enfermería al paciente con deterioro cognitivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Usando descriptores como: Demencia, Alzheimer, higiene, cambios posturales y nutrición.

4 Resultados

Los pacientes con demencia necesitan mucha comprensión y paciencia por parte de todos. Saberlos entender y darles las mayores facilidades hasta el momento en que ya no puedan valerse por sí mismos y tengamos que atender todas sus necesidades.

Dentro de la higiene diaria, es importante en las etapas medias, donde necesitan un poco de ayuda y donde son reacios al aseo, tener en cuenta:

- Preparar el baño con todo lo necesario, toallas, jabón, esponjas, ropa, etc.
- Caldear el ambiente sin corrientes de aire, para que no sienta frío y se incomode.
- No debemos, ante su negativa a asearse, utilizar calificativos negativos ya que conseguiremos el resultado contrario a lo que en ese momento deseamos, que es que se sienta dispuesto/a a asearse.
- Ir con tranquilidad y sin prisas.
- Aumentar su autonomía
- Utilizar barras para que puedan agarrarse, alfombras para evitar caídas.
- Secar bien y poner crema hidratante.
- Higiene bucal.
- Los ojos se deben lavar todos los días de dentro hacia fuera con agua tibia y unas gasas.
- La higiene en pacientes ya encamados hacer hincapié en zonas íntimas con buen secado para evitar hongos, úlceras, así como en zonas de pliegues. En estos pacientes los cambios posturales también son de gran importancia para evitar posibles ulceraciones.

En cuanto a la alimentación y nutrición:

- Alimentos ricos en energía, alimentos con Omega 3 y 6, proteínas, vitamina C y E, complementos alimenticios.
- Texturas espesas, alimentos triturados.
- Tener en cuenta la dentición, secreción de saliva, absorción intestinal.
- Dificultad para alimentarse por sí mismo: hay que facilitarle los cubiertos adecuados y preparación de los alimentos.
- Los problemas económicos también suelen ser un problema a la hora de que la dieta sea equilibrada.
- Suelen tomar mucha medicación otro factor para no favorecer el apetito.
- La ingesta de líquidos (con espesante) , también importante a tener en cuenta, ya que ellos no sienten la necesidad de beber y se pueden deshidratar con facilidad.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAES (auxilair de enfermería) junto con el personal de enfermería deben atender, tanto a los familiares como a la persona afectada por la demencia, desde un punto multidisciplinar, integral y continuado, garantizando así unos cuidados de calidad.

Es de vital importancia, que durante los cuidados que se le proporcionan a la persona hospitalizada, involucrar en dichos cuidados al familiar (siempre y cuando

ellos se presten y nos muestren su interés) para así poder asesorarle y poder instruirlos en técnicas que puedan utilizar y les sirva de referencia al ser dados de alta, ya que muchos se sienten perdidos ante situaciones nuevas que deben afrontar.

Así, como darles información, de donde deben acudir para pedir, si lo necesitan, ayuda a asuntos sociales.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 203

CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL/DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL

AROA MARÍA PEINADO ALARCÓN

1 Introducción

Una situación terminal, viene definida por cinco características:

- La enfermedad es progresiva y avanzada sin tratamiento específico posible.
- Síntomas cambiantes, multifactoriales y de variable intensidad.
- Sufrimiento e impacto emocional sobre la el paciente, la familia y el personal sanitario.
- Pronóstico de vida limitado a 6 meses.
- Presencia explícita e implícita de la muerte.

Las personas que están en situación terminal tienen los mismos derechos que los demás pacientes, son derechos fundamentales del ser humano. En esta fase final hay que darles una respuesta adecuada para proporcionarles una atención integral.

Estos derechos se resumen en recibir atención del médico, el derecho a la dignidad de la persona, a soporte personal (dejando a un familiar estar a su lado), a aliviarle el dolor, a reducir el sufrimiento, a tener información detallada (estado de salud, riesgos, beneficios potenciales, tratamiento, resultados esperables, etc.) , autodeterminación y derecho a poder rechazar un tratamiento.

Es clave en cuidados paliativos la atención domiciliaria, que da calidad de vida al paciente, atendido por sus seres queridos siempre que las condiciones sean

las adecuadas o el paciente así lo desee. Es en el domicilio del paciente donde se dan la mayoría de los cuidados paliativos, incluso aunque fallezca en un hospital, usualmente ya ha recibido un largo periodo de cuidados paliativos en el domicilio.

La atención domiciliaria se basa en la Atención Primaria (AP), con o sin apoyo de recursos específicos de Cuidados paliativos (CP), dependiendo de la complejidad de cada uno y coordinación entre niveles.

2 Objetivos

Conocer detalladamente los cuidados específicos de enfermería, en lo que se refiere a la alimentación, al reposo, el sueño, los cuidados de la piel, la actividad física, los cuidados físicos de confort, etc.).

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de libros así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros como: “situación terminal” “cuidados paliativos” y “paciente terminal”. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Cuidados específicos del TCAE ante un paciente en situación terminal:

Los cuidados de confort son los que dan un bienestar moral y físico al enfermo. Ya he comentado anteriormente que los cuidados al paciente terminal se mantienen bajo la base de su dignidad, participación en el proceso y su independencia.

Higiene:

Normalmente estos pacientes terminales frecuentemente se ven incapacitados para realizar el aseo. La causa es la debilidad que les produce su malestar general. A la familia se les da unas pautas de cómo deben de realizar las actividades diarias de higiene. Si está hospitalizado, somos el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería quienes hacemos que el paciente se encuentre como en su casa.

Actividades:

Las actividades son realizadas de forma cuidadosa, sin prisa, mostrando ayuda en todo lo que no puedan hacer, es decir, mientras ellos tengan autonomía, no

debemos implicarnos más allá de donde él no llegue.

- Se tratará de aprovechar la ocasión en que la persona esté más animado y fuerte.
- Respetar la intimidad.
- Usar sus efectos personales. Ayudarles en el cabello, uñas, higiene bucal, cuidados de la piel, perfume y maquillaje.
- Escoger ropa y complementos.

Actividad física:

El ejercicio físico es fundamental siempre y cuando sea posible para el paciente. Aunque sea mínima, le va a ayudar a desconectar de pensamientos negativos, como el miedo, la angustia, minorando el estrés y el insomnio, y así el tiempo les pasa más deprisa y de forma amena.

Actividades:

- En caso que se pueda mover, hay que animarle a que pueda moverse por casa, bien paseando o en coche y haciéndoles ver que si necesitan ayuda, ahí estamos.
- En caso que no tengan fuerza y les incapacite para realizar alguna actividad física, se valorará:
 1. Si puede realizarlo con ayuda de aparatos. En caso que pueda, se intentará proporcionárselos y se le ayudará a que lo utilicen.
 2. En caso que necesite la ayuda de una segunda persona, esta deberá despacio y de forma suave, transmitirle firmeza y seguridad, así como comunicarle las ganas de ayudar.

3. Si estuviese inmovilizado el paciente:

Se buscará la posición adecuada en la cama y se harán los cambios de postura pertinentes. Usará la almohada en caso que la quiera, procuraremos que no haya pliegues ni arrugas en las sábanas. La cama se situará como el paciente desee, en una habitación con luz natural y aireada. Los efectos personales se dejan a mano.

Reposo y sueño:

Son muy frecuentes las irregularidades en el patrón sueño en los enfermos terminales. La causa puede ser emocional o fisiológica.

Actividades:

- El entorno tiene que ser relajado, cómodo y evitando que no haya ruidos, que haya luz en la habitación y que el aire y la temperatura sea adecuado.
- La medicación tiene que ser la correcta, incluyendo hipnóticos prescritos, a última hora de la noche, cuando ya estén en la cama arropados y así evitar que surtan efecto fuera de ella.
- No pueden sentirse solos, tienen que tener contacto físico con el enfermo, escucharles, hablarles y transmitirles mucho cariño y confianza y animar a la familia que estén con él permanentemente.

Ocupación del tiempo libre:

Se le estimulará al paciente para realizar actividades al aire libre, las que más le gusten como puede ser el tomar el sol, escribir, leer, pasear, escuchar música, ver la televisión, ayudar en casa en tareas como puede ser pelar patatas, permitirle que se salte alguna norma como fumar un cigarro o tomar una copa, etc.

Alimentación:

En la mayoría, disminuyen las ganas de comer. Esto da lugar a angustia por parte del paciente como de la familia porque piensan que si comen, les van a alargar la vida. No podemos obligarles nunca a comer. Hay que darles el siguiente consejo: "lo que quiera, cuando quiera y cuanto quiera".

Actividades:

- Para que el cuidado de la boca sea el más adecuado hay que realizar los cuidados oportunos.
- La comida se servirá en platos pequeños y en poca cantidad varias veces al día. Será fácil de deglución, adaptándolo a los gustos y a una temperatura adecuada y poco condimentada. La dieta tiene que ser equilibrada y sólo cuando el paciente esté peor se atenderá sus peticiones. La comida se servirá junto a su familia en el comedor. Si estuviese débil, comerá en la cama incorporado y acompañado, quien le ayudará a comer si el enfermo lo precisara.
- Ofrecerle de beber frecuentemente.
- Nos adaptaremos al deseo del paciente y desdramatizaremos la inapetencia.
- La sonda nasogástrica en fase terminal está contraindicada. En cuidados paliativos, buscamos el mayor confort y bienestar del paciente y la sonda le dará un mayor malestar y se sabe que es inevitable su muerte por el avance de su enfermedad y no por insuficiente ingesta de alimento.

Cuidados de la piel:

La piel en estos enfermos está en continuo riesgo de daño causado por factores directamente relacionados con el cáncer subyacente o por causas indirectas como deshidratación, movilidad reducida, etc.

Los cuidados fundamentales son mantener íntegra toda la superficie corporal, evitando el exceso de excreciones, secreciones, infecciones, favoreciendo la circulación sanguínea, fomentando al paciente autonomía, prever iatrogenia de tratamientos, apoyarles psicoemocionalmente y mantener el confort.

Los problemas que pueden aparecer dérmicos son los siguientes:

Piel seca:

Cuando se reseca la piel, la queratina se descama y la dermis, pierde agua y es menos turgente y resiste a las lesiones.

Actividades:

- Baños: jabón de PH neutro y toallas suaves.
- Apósitos húmedos: compresas empañadas en agua durante 20 minutos en desca-mación.
- Cremas: aplicarlas después del baño por la noche. Dependiendo de la sequedad se utilizan cremas suaves o emolientes. En caso de cremas suaves, las ricas en lanolina y en caso de las emolientes, el aceite de almendras, la vaselina, etc. A mayor concentración de grasa o aceite, más efectiva será.
- Piel húmeda: aparecerá en zonas que están más en continuo contacto con el agua y será frecuente en pliegues cutáneos y la región genital. En esas zonas aparecen edematosas, maceradas, enrojecidas, exudativas, edemas, malolientes.

Actividades:

Los baños de corta duración con jabones de PH neutro y secarse con toallas suaves.

La limpieza de la zona con suero fisiológico dejando un par de minutos actuar y se seca con toallas suaves o gasas.

Los pliegues cutáneos, favorecerlos para que puedan oírse y que los pacientes se sientan cómodos y frescos.

Cuidados de la boca:

Las lesiones en la boca perjudican para comer y beber y esto conlleva a la desnutrición, malnutrición, anorexia y caquexia. A esto hay que sumarle trastornos psicológicos ya que la cavidad oral en la comunicación, juega un papel muy importante tanto en la vida social como en el placer asociado con el comer.

Hay que examinar la cavidad oral de forma rutinaria, dos veces por semana. Tampoco descuidar la saliva porque su déficit da serias alteraciones en tejidos blandos de la boca, aumentando las úlceras, caries e infecciones.

Infecciones orales:

Las infecciones orales más frecuentes son:

1. Infecciones por hongos (micosis).

Las más comunes, la candidiasis.

2. Infecciones bacterianas.

Suelen aparecer pequeñas, fiebre y dolor localizado. El tratamiento depende de una buena higiene bucal dándole un tratamiento específico si fuera preciso.

3. Infecciones víricas:

Suelen ser: Herpes simple, varicela zóster, Epstein-Barr, citomegalovirus.

El herpes simple se da más frecuentemente en pacientes que reciben quimioterapia. Son lesiones amarillentas y dolorosas que en los labios pueden aparecer vesículas, anorexia y fiebre. Son infecciones severas y el dolor puede provocar disfagia al ser tan intenso. El tratamiento específico es el aciclovir.

Es fundamental mantener la boca libre de suciedad, con adecuada humedad y todo esto es conseguible con el uso de soluciones que se utilizarán en función de los casos.

Actividades:

Se le explicará lo que se está haciendo a la vez que se realiza, teniendo cuidado cuando se utilice soluciones para evitar que se produzca una broncoaspiración.

Se utilizará un depresor de lengua para abrir la boca, deprimir y alzar la lengua y acceder a las encías y carrillos del paciente.

Se moja el cepillo de dientes con solución desbridante, le cepillaremos los dientes, encías y lengua. Se utilizará bastoncillos en aquellos sitios inaccesibles. Dejar 2 o 3 minutos actuar la solución. Usar torundas de esponja y con agua se aclara la boca.

Boca seca (xerostomía):

Es frecuente en los enfermos terminales. Las causas pueden ser múltiples que puede venir acompañado de halitosis, dolor, dificultad al masticar, disminución del sabor, quemor y deglutir.

Actividades:

- Higiene:

Hacer enjuagues desbridantes una vez finalizada la comida, retenerlos de 5 a 10 minutos.

Cepillado de dientes después del enjuague, con una pasta y cepillo suaves.

- Aumento de salivación:

Chupar pastillas de vitamina C y caramelos o pastillas sin azúcar.

Masticar chicles sin azúcar.

Chupar trozos de piña natural, o trozos de hielo aromatizado con tónica, cerezas...

- Deshidratar y refrescar: aumentar la ingesta de líquidos, sopas, manzanilla, etc.

5 Discusión-Conclusión

Lo fundamental es dar paz y consuelo, dar apoyo tanto al enfermo como a sus familiares.

Los cuidados paliativos se pueden dar tanto en el hogar como en el hospital o en un centro especial de cuidados paliativos.

La comunicación del TCAE engloba tanto el lenguaje verbal como el no verbal, poniendo énfasis en el no verbal ya que el paciente está sensible y le revelamos

nuestras emociones y sentimientos. El paciente necesita de seguridad y paz en esos momentos tan delicados.

Es importante la empatía y la escucha activa donde aumentará la confianza del paciente en el personal sanitario y no sanitario e incluso de la familia.

6 Bibliografía

1. Libro Auxiliar de enfermería – Temario parte específica- Volumen 2 – MAD.
2. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-en-etapa-avanzada/cuidados-para-enfermos-terminales>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>.

Capítulo 204

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PEDIÁTRICA

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

Todos sabemos que las UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) son unidades especializadas en el cuidado y restauración de personas en estado crítico, cuyas funciones vitales están gravemente afectadas, y que presentan peligro de muerte. Estas unidades están dotadas de maquinaria, materiales y de un equipo interdisciplinar cualificado.

El Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, fue el pionero en España en el año 1968, en crear la primera UCI pediátrica, ante la importancia de darle cuidados al niño crítico.

A día de hoy existen más de 40 UCI pediátricas en el sistema público sanitario.

La actuación se inicia con el “ triángulo de evaluación pediátrica”, donde se observa la apariencia del niño, la respiración y la circulación sanguínea.

Posteriormente se realiza el ABCDE, que nos ofrecerá una segunda visión general, donde podremos obtener las prioridades y decidir el tratamiento inicial.

Por último, y no menos importante, la anamnesis completa y una exploración física, nos servirá para dar un diagnóstico.

El ingreso en dicha unidad, por parte del niño, tiene que ser el menor tiempo posible, y así evitar emociones negativas por parte del pequeño y de los padres.

Aunque no suelen ir de inmediato a casa, se les suele ingresar en una de las plantas del hospital, hasta su total recuperación o en su defecto hasta enseñar a los padres, en caso de que su estado precise cuidados especiales.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en la UCI pediátrica.

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. Usando descriptores como: niño crítico, UCI, familia, monitorización, consentimiento informado y triángulo de evaluación pediátrica.

4 Resultados

Evaluaciones.

Al ingreso:

- Evaluación primera “ Triángulo de evaluación pediátrico”.
- Evaluación secundaria ABCDE (Monitorizar, diagnosticar)
- Evaluación última anamnesis (Alergias, datos generales, Rh, alimentación, eliminación, información de la actitud del niño, etc.)
- Estudio de posibles riesgos de aparición de úlceras por presión.

Al alta:

- Evaluación funcional.
- Protocolo de actuación individual.

- Documentación lista para su ingreso en planta: historia del paciente, informe de alta médica, informe del tratamiento, pruebas complementarias y hoja clínica.
- Trasladar a la familia toda la información, a lo referente, a la unidad de destino.
- Adecuar al paciente para el traslado.
- Informar al celador para su traslado.

Con toda la valoración lo que se consigue es la estabilización del pequeño.

Con la anamnesis, conseguimos establecer, con la familia y el niño, una relación de confianza mutua, ya que en referencia al personal de enfermería, nos da información cotidiana del estado del niño y de su entorno, siendo esta recíproca ya que a los padres les da tranquilidad al ver y sentir que se les presta atención.

El TCAE junto a todo el equipo multidisciplinar (enfermera, TCAE, y celador) tiene un papel fundamental en todo el proceso del ingreso no solo en ayudar al equipo de enfermería y médicos en la proporción de los materiales y preparación de todo el equipo sino que es el encargado de darle el bienestar al pequeño, tanto en la higiene encamado, eliminando, el sudor por posibles fiebres, restos urinarios, fecales que podrían provocar heridas si se dejaran en prolongada exposición, incitar la circulación con los cambios posturales promoviendo el ejercicio evitando así contracturas por estar encamado.

Favoreciendo el descanso del paciente y su recuperación.

La alimentación muy importante para la recuperación hay que tener en cuenta las medidas antropométricas: peso, talla, perímetro craneal, Perímetro tricipital y braquial. Además de las preferencias recogidas en el anamnesis.

Si la nutrición no es posible por vía oral por el estado del niño, se realizara la alimentación: Nutrición enteral: enteral en estómago (gastrostomía), enteral en yeyuno (yeyunostomía) o Nutrición parenteral, por medio de vía endovenosa.

Las funciones aquí del TCAE serán:

- Ayudar en el proceso de preparación e introducción de la vía venosa y en su posterior mantenimiento.
- Dar a la enfermera la sueroterapia.
- Disponer los tubos para las analíticas.
- Recoger orinas 24 horas para sus controles.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, se concluye que la información es fundamental para que paciente y familias, se impliquen en el cuidado del paciente. Esta información por parte del personal de enfermería debe ser claro y debe contener:

- Cualidades generales de la Unidad.
- Atenciones que se practican en la UCI.
- Se debe dar un consentimiento informado detallado del procedimiento a seguir. Con dicha información, evitaremos ansiedad por parte del pequeño y de la familia, las visitas suelen estar restringidas y los cuidados como progenitores quedan nulos, el estrés vivido en estas situaciones es bastante alto, nosotros debemos actuar e incluir a la familia en dichos cuidados de enfermería.

6 Bibliografía

1. Rodríguez TB y col. Historia de la medicina crítica. An Med (Mex) 2015; 60 (2):156-159.
2. Instituto Aragonés e Salud. El paciente crítico. (Internet). 2017 (revisado 11/11/2017); disponible en <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>.
3. Bravo Criado MC, Espíldora González MJ, Reyes Revuelta M. Confort del paciente crítico pediátrico. En: Morales Gil IM, García Piñero JM. Cuidados intensivos pediátricos. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: difusión Avances de Enfermería (DAE); 2010.

Capítulo 205

SONDAJE DEL APARATO URINARIO

ELDA PITA LÓPEZ

1 Introducción

El sondaje del aparato urinario es utilizado en pacientes con dificultades o imposibilidad de orinar. Consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga para retirar la orina, se realiza tanto con fines diagnósticos como terapéuticos.

La finalidad del sondaje vesical, puede ser para:

- Obtener orina estéril para su análisis en el laboratorio.
- Medir la cantidad de orina residual cuando la vejiga se está vaciando de forma incompleta.
- Vaciar la vejiga antes de una intervención que implica órganos adyacentes (recto o vagina).
- Casos de retención urinaria de postoperados.
- Realizar lavados vesicales.
- Exploración.
- Realizar balance de líquidos.

La introducción de instrumentos a través de la uretra para retirar la orina se remonta a épocas antiguas. Los primeros registros de su práctica pueden ser verificados entre los egipcios, en esa época utilizaban tubos huecos de cobre y laca. Posteriormente, griegos, romanos y chinos utilizaron instrumentos parecidos.

Es en el siglo X cuando aparecen los registros de las primeras sondas uretrales flexibles, confeccionadas con cuero animal y únicamente en el siglo XIX, debido a las técnicas innovadoras de la urología francesa y el procesamiento del caucho, cuando se puede observar el avance en la confección de las sondas vesicales.

Sólo en casos absolutamente necesarios se realizará el sondaje vesical a un paciente, puesto que conlleva riesgos de Trauma o Infección del Tracto Urinario (ITU). Las ITU suponen un importante porcentaje de las infecciones nosocomiales, y una sonda vesical es una fuente de infecciones.

Una infección puede estar causada por: una situación de oliguria o de escasa diuresis, deficientes o nulas medidas higiénicas, erosiones en el trayecto uretral, incluido el meato, y el flujo retrógrado de la orina.

Los traumas causados por la inserción del catéter urinario muchas veces no son diagnosticados, resultando en lesiones y falsos trayectos, que pueden o no ser acompañados de sangrado e infecciones del tracto urinario.

Tipos de sondaje:

- Sondaje Intermitente:

Consiste en introducir una sonda, sólo cuando es necesario o si no se desea usar una bolsa, para drenar la vejiga y luego se retira. Puede hacerse una o varias veces al día, la frecuencia va a depender de la razón por la que se necesita usar este método o de la cantidad de orina que se necesite drenar.

Se realiza en pacientes con estenosis uretral u obstrucción prostática, para aliviar la retención de orina, controlar la incontinencia, recoger muestras estériles de orina, etc.

- Sondaje Permanente:

Se considera que el sondaje es permanente cuando la sonda permanece en la vejiga, puede ser por un período corto o durante mucho tiempo. En este método la sonda se puede introducir de dos maneras: a través de la uretra o suprapúbica (en este caso la realiza el facultativo en quirófano). La sonda se fija a una bolsa de drenaje.

Se utiliza para evitar la distensión vesical ante una inflamación de meato uretral, controlar con exactitud la diuresis, y permitir la irrigación vesical y recogida de muestras.

Dentro de las sondas permanentes, se encuentran las sondas condón, que se pueden utilizar en hombres con incontinencia. Esta sonda no se coloca por dentro del pene, sino que es un dispositivo parecido a un condón el que se pone sobre este. La sonda va desde este dispositivo a la bolsa de drenaje y debe cambiarse todos los días.

Tipos de sondas:

1. Según el número de vías de entrada que posean:

- Robinson: sonda rígida utilizada para sondajes únicos o intermitentes. Se emplea en caso de tener que sondar al paciente y se necesite obtener muestra de orina. Existe de punta acodada y punta redondeada.
- Pezzer: sonda semirrígida, de una sola luz, con dilatación en el extremo para que se mantenga recta y permanente. Puede tener dos o más orificios y su inserción es quirúrgica y requiere una sutura en la piel para inmovilizarla. Se puede utilizar en drenaje renal y drenaje suprapúbico.
- Malecot: sonda semirrígida y de una sola luz. Su extremo presenta dos o cuatro aletas. Su inserción es quirúrgica y no se introduce en la uretra.

2. Según el calibre:

Debe escogerse el calibre adecuado a cada paciente. El calibre es mayor cuanto mayor sea el número de la sonda. Cuando se va a sondar a un paciente por primera vez se empieza utilizando un calibre pequeño, como puede ser una sonda del 14 para mujer y una del 16 para hombre (las sondas de niños van desde el número 8 al 12).

3. Según la dureza:

- Sondas rígidas: metálicas.
- Sondas semirrígidas: son de una vía y se utilizan normalmente en hombres.
- Sondas blandas: son las de Foley y las de silicona. Se fijan mediante un globo para impedir su salida de la vejiga y en el momento de retirarla lo primero que se hace es desinflar el globo.

2 Objetivos

Objetivo Principal:

- Saber que el sondaje del aparato urinario supone un riesgo de Infección del Tracto Urinario (ITU) y éstas constituyen un porcentaje muy importante de las infecciones nosocomiales.

Objetivos Secundarios:

- Conocer qué tipos de sondaje se puede realizar a un paciente y tipos de sondas según el motivo del sondaje y duración del mismo.
- Proporcionar los conocimientos necesarios al TCAE del procedimiento a seguir en un sondaje del aparato urinario.

3 Caso clínico

Paciente de 86 años con antecedentes personales de Alzheimer avanzado llega a urgencias desde una residencia geriátrica por aparición de una masa abdominal importante en menos de 12 horas. A su llegada a urgencias destaca abdomen con bultoma suprapúbico no doloroso a la palpación. Tras ecografía se procede a realizar sondaje vesical.

A la exploración física se le observa hipotensión severa, ligera taquicardia, afebril, consciente pero desconectada del medio. Se le realiza ecografía abdominal en urgencias objetivando globo vesical sin hidronefrosis ni cálculos renales.

Se procede al sondaje vesical con contenido total de 1400 ml de orina, quedando un abdomen plano. Se cursa muestra al laboratorio que diagnostica infección de orina. La paciente queda ingresada por sepsis de origen urinaria.

Personal y material necesario.

Personal:

La técnica debe realizarse necesariamente acompañada por tratarse de un procedimiento estéril:

- Diplomado Universitario de Enfermería (DUE).
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

Material:

Para la higiene de los genitales:

- Guantes desechables no estériles.
- Protector de cama.
- Cuña.
- Toalla.
- Esponja jabonosa (jabón neutro).
- Agua tibia.

Para el sondaje:

- Guantes desechables estériles.
- Sonda del calibre, tipo y material adecuados (para este caso puede ser una sonda Foley).
- Sistema colector (bolsa de orina) y soporte para anclarla.
- Paños de campo estériles.
- Gasas estériles.
- Pinzas kocher.

- Lubricante urológico.
- Jeringa de 10 - 20 ml (según sea el número de la sonda así serán los ml necesarios para inflar el balón de la sonda, lo cual viene especificado en el envoltorio de la misma).
- Agua destilada estéril para inflar el balón.
- Apósito adhesivo hipoalergénico.
- Recipiente para recogida de muestra de orina para laboratorio.
- Bolsa para residuos.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Preparar el TCAE todo el material necesario y asegurarse de que esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocarse los guantes.
- Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a la seguridad, higiene y ergonomía.
- Comprobar posibles alergias que pudiera tener la paciente al material de la sonda.

Preparación del paciente:

- Identificar a la paciente.
- Informar a la paciente y a su familia del procedimiento que se le va a realizar.
- Preservar su intimidad y confidencialidad.
- Ayudarla a adoptar la posición correcta, en decúbito supino, con las piernas flexionadas y separadas con los muslos rotados externamente.
- Realizar lavado con agua y jabón de genitales y zona perianal (de delante hacia atrás).

Procedimiento:

- Realizar higiene de manos.
- Colocar guantes no estériles.
- Desinfectar los pliegues de los labios mayores y del meato, sujetando con las pinzas kocher las gasas estériles y utilizando una solución acuosa de clorhexidina (clorhexidina acuosa al 0,5 %).
- El DUE se retira los guantes no estériles, realiza higiene de manos y se pone guantes estériles.
- Colocar el campo estéril y depositar en él todo el material estéril, lo puede hacer el TCAE siempre que no toque la parte estéril del mismo.

- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) abrirá el envoltorio externo desechable del catéter y lo entregará al DUE con el envoltorio interno sin abrir ni tocar.
- Comprobar correcto inflado del balón de la sonda.
- Lubricar el extremo distal de la sonda.
- Mantener la sonda lubricada con la mano dominante.
- Introducir la sonda suavemente en el meato sin forzar hasta alcanzar la vejiga, para ello se separan los labios mayores y menores de la paciente con la mano no dominante.
- Una vez introducida la sonda, cuando sale orina se pinza y se conecta la jeringa a la luz del balón, se despinza y se meten con la jeringa los ml necesarios de agua destilada estéril para inflar el balón (la cantidad de ml viene determinada por el fabricante).
- Deslizar suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una ligera resistencia, lo que indica la llegada del balón a la unión uretrovesical.
- Conectar la sonda al sistema de recogida (bolsa de orina) y colocarlo en el soporte para colgar en la cama de la paciente, siempre debe mantenerse por debajo del nivel de la vejiga.
- Se fija la sonda sin angulaciones con un apósito adhesivo hipoalergénico a la parte interna del muslo de la paciente para evitar movimientos que lesionen la uretra.
- Asegurarse de que la paciente esté lo más cómoda posible.
- Como la sonda se coloca a la paciente por retención (globo vesical), se dejan salir en un principio 400 ml. Una vez que sale esta cantidad se pinza la sonda y se deja así una media hora. Pasado ese tiempo se deja evacuar hasta llegar a los 200 ml y pinzando de nuevo durante 30 minutos, y se continúa así hasta vaciar por completo la vejiga, siendo el resultado total del vaciado de 1400 ml. Este procedimiento evita la aparición de un reflejo vagal con hipotensión.
- Retirar el material en los contenedores adecuados y en la bolsa para residuos.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos.

Registro:

Se anota en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado y motivo del sondaje.
- Tipo y calibre de la sonda.
- Fecha y hora de la realización.
- Observaciones de interés a destacar durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado, si es preciso.

Limpieza y mantenimiento del sondaje vesical que realiza el TCAE.

Material necesario:

- Guantes desechables no estériles.
- Protector de cama.
- Cuña.
- Esponja jabonosa (jabón neutro).
- Toalla.

Protocolo:

- Explicar a la paciente el procedimiento que se le va a realizar.
- Realizar higiene de manos y colocar guantes.
- Lavar la zona genital y perianal de la paciente con agua tibia y jabón neutro, al menos dos veces al día y siempre que sea necesario (como después de las deposiciones), para prevenir infecciones. Para ello se separan los labios y se limpia el meato de adelante hacia atrás. La sonda se limpia del meato hacia fuera.
- Secar con mucho cuidado la zona.
- Recoger el material.
- Acomodar a la paciente, comprobando la conexión de la sonda a la bolsa.
- Anotar el procedimiento realizado en la hoja de enfermería.

Observaciones a tener en cuenta mientras la paciente sea portadora de sondaje vesical:

- Revisar la zona perineal por si apareciesen signos de inflamación, en especial alrededor del meato urinario.
- Cambiar ligeramente de posición la sujeción de la sonda al muslo para evitar aparición de úlceras por presión (UPP).

4 Discusión-Conclusión

El cateterismo del aparato urinario, si no se mantienen las medidas de higiene y esterilidad que requiere, tanto en el procedimiento de la inserción como en el de los cuidados de mantenimiento del sondaje, es una de las causas de mayor porcentaje de infecciones nosocomiales por la ITU que puede desarrollar la paciente debida al mismo.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que colabora en el procedimiento del cateterismo del aparato urinario debe tener en cuenta que una de las condiciones principales para llevar a cabo el mismo es realizar la higiene de manos, tanto antes de comenzar el procedimiento como después, utilizada para

la eliminación de los microorganismos transitorios que residen en la capa superficial de la piel.

La higiene de manos es una medida simple y esencial, de bajo coste y de gran valor para la prevención de las infecciones nosocomiales.

Otra medida importante que adoptará el TCAE, antes de la inserción del catéter y que debe realizar con minuciosidad y cuidado, es la higiene con agua tibia y jabón de la zona genital y perianal de la paciente, tratándose de una medida fundamental para la prevención de la ITU. Posteriormente seca la zona y aplica la clorhexidina acuosa al 0,5 % para desinfectarla.

El TCAE debe saber que los cuidados de mantenimiento del sondaje vesical que ha de realizar mientras la paciente sea portadora de éste, son necesarios y serán de gran calidad, como la limpieza con agua y jabón neutro de la zona por donde el catéter sale del cuerpo y del catéter mismo, así como de la zona perineal, siendo ésta una de las medidas a adoptar para prevenir infecciones.

Como se refleja en el caso clínico expuesto, en el momento de realizar el sondaje vesical a la paciente, se toma una muestra de orina que se envía al laboratorio siendo su resultado positivo en ITU. Por ello es fundamental que el TCAE que sea responsable de la paciente conozca este dato para llevar a cabo con rigurosidad las medidas anteriormente mencionadas durante los cuidados de mantenimiento del sondaje en el momento del ejercicio de sus funciones.

Mantendrá en todo momento el compromiso de preservar la intimidad y privacidad del paciente tanto durante el desarrollo del procedimiento de inserción del catéter como en el momento de realizar los cuidados del mismo.

5 Bibliografía

1. Sondas Vesicales. MedlinePlus Enciclopedia Médica en Español [Internet] [Actualizado a 1 de Octubre de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>.
2. Técnicas Básicas de Enfermería. McMillan Profesional [Internet] [Citado el 7 de Junio de 2020]. Disponible en: [Profesional.http://biblioteca.ucn.edu.co/Coleccion/Enfermer%C3%ADa/T%C3%A9cnicas%20b%C3%A1sicas%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf](http://biblioteca.ucn.edu.co/Coleccion/Enfermer%C3%ADa/T%C3%A9cnicas%20b%C3%A1sicas%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf).
3. Globo Vesical en Paciente con Alzheimer Avanzado. Revista Electrónica de Portales Médicos [Internet] [Citado el 11 de Diciembre de 2019]. Disponible

en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/globo-vesical-paciente-alzheimer-avanzado/>.

4. Auxiliar de Enfermería del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Temario Parte Específica, Volumen 1. 7 Editores Recursos para la Cualificación Profesional y el Empleo (7 Editores). Primera Edición, Agosto de 2018.

5. Cateterismo Urinario Permanente: Práctica Clínica. Enfermería Global de Murcia in Scielo [Internet] [Publicado en Abril de 2015]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200003.

6. Cuidados de Enfermería en Pacientes con Sondaje Urinario. Libro Actas del I Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, Volumen I. Publicado en la página de formación de ASUNIVEP [Internet] [Congreso celebrado en Almería en Septiembre de 2015]. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/actas-i-congreso-internacional-en-contextos-clinico-y-de-la-salud-vol1.pdf>.

7. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Editado por el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (SAS) en Junio de 2012. Disponible en: https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2014/01/manual-de-procedimientos_generales_enfermeria_huvr.pdf.

8. Protocolo de Inserción, Mantenimiento y Retirada del Sondaje Vesical del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (SESCAM). [Internet] [Publicado en Marzo de 2011]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a96107da6191c6afcb07198011577dcf.pdf>.

9. Técnicas Básicas de Enfermería. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. E.(2008).

Capítulo 206

LA HIGIENE HOSPITALARIA PARA EVITAR ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN POR CONTACTO. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA CRISTINA GOMEZ ALONSO

1 Introducción

La higiene hospitalaria es uno de los principales factores para garantizar la seguridad, el bienestar y la salud de los pacientes y de los profesionales sanitarios. En un entorno donde hay mucha contaminación y ajetreo, las prisas y la presión puede dar lugar a errores con grandes consecuencias que en muchos casos pueden ser irreparables.

La higiene en el hospital tiene un papel fundamental a lo hora de convertirse en una barrera en cuanto a las diferentes enfermedades y virus que se contraen por transmisión de contacto. Este tipo de transmisión puede ser: directo o indirecto. La transmisión por contacto directo precisa de contacto físico entre una persona infectada y una persona susceptible o no infectada. La transmisión por contacto indirecto ocurre de un depósito a superficies y objetos contaminados o portadores tales como mosquitos, moscas, pulgas, garrapatas, roedores o perros.

Existen diferentes medios de propagación que veremos mas adelante e intentaremos dar a conocer las diferentes enfermedades transmisibles así como las diferentes formas de prevención que se pueden llevar a cabo , de una manera responsable y sencilla para que entre todos podamos evitar contraer y propagar las

diferentes enfermedades y de esa manera tener una mejor salud y calidad de vida.

2 Objetivos

Describir los tipos de transmisión, así como las distintas enfermedades infecciosas o los diferentes efectos que producen en el enfermo para poder mejorarlos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema a tratar. Para ello he usado búsquedas en bases de datos medicas disponibles como Medline, Pubmed, Scielo Google académico. Se utilizaron los siguientes descriptores: “higiene”, “transmisión por contacto”, “contacto directo” y “contacto indirecto”.

4 Resultados

Aquí podremos ver cuales son los diferentes medios de propagación y las medidas a tomar.

Medio de propagación:

Las infecciones que se transmiten por contacto directo se propagan cuando un microorganismo causante de enfermedades pasa de la persona infectada a la persona no infectada por contacto físico directo. El contacto directo es tocar o besar, tener contacto sexual o contacto con secreciones o heridas de una persona infectada. Las infecciones que se transmiten por contacto indirecto se propagan cuando una persona infectada estornuda o tose. Normalmente, las gotitas viajan y aterrizan en superficies u objetos mandando las gotitas infectadas al aire. Las personas sanas aspiran estas gotitas infectadas o bien las gotitas aterrizan en los ojos, nariz o boca de las personas. Las personas sanas tocan los objetos contaminados con sus manos pasándolas luego por sus ojos, nariz o boca.

Enfermedades transmisibles:

Hay muchas enfermedades que se transmiten por contacto. Algunos ejemplos son la varicela, el resfriado, la conjuntivitis, hepatitis A y B, herpes simple y zoster, sarampión, mononucleosis, tos ferina, neumonía bacterial e infecciones de la piel, marsa, sífilis y gonorrea, pediculosis, ébola.

Prevención:

Se recomienda lavar las manos cuidadosa y frecuentemente como el mejor método para prevenir la transmisión de enfermedades. También la desinfección regular de superficies expuestas al contacto como los pomos de las puertas, tiradores, mesas, camas, sillas, tocadores, tazas, platos, utensilios de cocina, bandejas, instrumentos médicos, teclados, teléfonos, materiales de oficina o juguetes. El uso de barreras como guantes, mascarillas, etc.... puede ayudar a evitar la difusión de organismos. Muchas infecciones pueden ser prevenidas con tan sólo mantenernos limpios y saludables.

Otra medida preventiva importante es mantener una correcta higiene. El uso exclusivo por cada paciente y cambio adecuado de guantes por parte del personal sanitario, el cambio diario de la lencería, la dotación de todos los útiles necesarios para su aseo personal, etc. Va a favorecer que estas enfermedades no se transmitan.

5 Discusión-Conclusión

La higiene hospitalaria tiene como misión velar porque cada paciente se encuentre en las mejores condiciones sanitarias. Es importante para el paciente saber que cuando por alguna razón tenga que estar ingresado su estancia y su enfermedad no se van a ver acentuados o perjudicados debido a que no se han puesto las medidas e interés oportuno para no contraer ningún tipo de virus o bacteria. Para ello es importante tanto para el personal sanitario tener una formación e información adecuada y transmitírsela de forma clara al enfermo.

Las enfermedades de transmisión por contacto están muy presentes en todo el ámbito hospitalario. Es muy importante que se extremen las precauciones higiénicas sanitarias para no propagar dichas enfermedades de unos pacientes a otros e incluso entre el personal sanitario, así como conocer los diferentes tipos de transmisión para poder evitarlos.

6 Bibliografía

1. Gillcrist JA. Hepatitis viruses A, B, C, D, E and G: implications for dental personnel. J Am Dent Assoc 1999;130(4):509-20.

Excelente revisión bibliográfica de las hepatitis víricas y sus implicaciones en odontología.

2. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 1999;48:1-37.

3. Eduardo Lazcano-Ponce, Jorge Salmerón, Andrea González, Betania Allen-Leigh, Leith León-Maldonado, Carlos Magis, Carlos Aranda-Flores, Carlos Conde-González, Alejandra Jalil Portillo-Romero, Elsa Yunes-Díaz, Leonor Rivera-Rivera, Galileo Vargas, Alan G. Nyitray, Anna R Giuliano, Prevention and control of neoplasms associated with HPV in high-risk groups in Mexico City: The Condesa Study , *Salud Pública de México*: Vol. 60 Núm. 6, nov-dic (2018): Burden of HPV in Mexico and Latin America
4. Boswell TC, Fox PC. 2006. Reduction in MRSA environmental contamination with a portable HEPA-filtration unit. *J Hops Infect.* 63(1):47–54. doi:10.1016/j.jhin.2005.11.011.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2020. How COVID-19 spreads. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>.
6. Chao CYH, Wan MP, Morawska L, Johnson GR, Ristovski ZD, Hargreaves M, Mengersen K, Corbett S, Li Y, Xie X, et al. 2009. Characterization of expiration air jets and droplet size distributions immediately at the mouth opening. *J Aerosol Sci.* 40(2):122–133. doi:10.1016/j.jaerosci.2008.10.003.

Capítulo 207

MITOS SOBRE LOS SUPERALIMENTOS

ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA

1 Introducción

Todos los alimentos que comemos nos aportan algo: sean nutrientes, proteínas, minerales o incluso solo el placer de comer, no obstante, los superalimentos han llegado con una denominación que sugiere una categoría superior, dando a entender que poseen un valor nutricional mayor al del resto. Si buscamos “superalimentos” en internet encontramos numerosas entradas de blogs, páginas de dietas saludables, herbolarios, artículos de prensa, etc. Pero no encontraremos ningún texto, ya sea en publicaciones científicas u organismos oficiales, en el que se desarrolle una definición para este grupo de alimentos. No obstante, hoy en día su existencia es innegable, ya que existe una cada vez más extensa bibliografía sobre las propiedades nutricionales y múltiples aplicaciones.

Para finalizar, a través de la búsqueda y análisis de esta información, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

Principalmente, hemos decidido remarcar que la categoría de superalimentos no viene recogida por ningún organismo científico, ni en la OMS, ni en la EFSA (Agencia Europea de Seguridad Alimentaria) viene recogida una definición de este grupo de alimentos.

Además, con la idea preconcebida que asocia superalimentos con propiedades curativas, únicas e independientes de la dieta en conjunto, los superalimentos no existen. Estos superalimentos contienen ingredientes saludables y benefician a la salud, pero quizá no sean estos beneficios mucho más destacables que la de otros de consumo habitual (y con un precio más asequible).

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa los mitos sobre los superalimentos.

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 «superalimentos» no solo no existen, sino que hay otros alimentos habituales en la dieta que tienen propiedades equiparables y que, además, son mucho más asequibles económicamente, según la investigadora del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Jara Pérez. Los «superalimentos» no existen, al menos no con esa idea que llevan asociada de propiedades curativas, únicas e independientes del conjunto de la dieta», afirma la investigadora. De hecho, «la chía es igual de 'super' que las lentejas o que una naranja», zanja la experta. Así lo refleja la científica en su libro 'Los superalimentos', el nuevo título de la colección '¿Qué sabemos de?' (CSIC-Catarata). «Mi intención es ofrecer una guía práctica para que el consumidor pueda tener una idea general de cómo enfrentarse a un 'superalimento', de la evidencia científica que hay tras las informaciones que recibe sobre el mismo y poder así realizar elecciones bien documentadas», afirma la científica del Instituto de Ciencia y Tecnología de Alimentos (ICTAN). Si bien no hay una definición oficial, «se podría decir que los 'superalimentos' son alimentos con un origen generalmente exótico que no formaban parte de nuestra alimentación habitual hasta hace pocos años, pero que se han promocionado en los últimos tiempos debido a sus efectos en la salud, aparentemente muy poderosos», según la autora. Ese poder no siempre está refrendado por la comunidad científica, por lo que la investigadora comienza su texto explicando cómo se desarrollan las investigaciones en nutrición que determinan si un alimento es beneficioso o no para la salud. Partiendo de esa base, la especialista en nutrición aborda el análisis de diversos grupos de «superalimentos» para, en algunos casos, desmontar, y, en otros, explicar con detalle sus propiedades y cómo

se pueden incorporar a la dieta para realmente obtener algún beneficio de su consumo.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda incluir superalimentos en nuestra dieta diaria es una excelente y eficaz forma de nutrir a nuestro organismo por las múltiples propiedades que éstos poseen. La alta concentración de antioxidantes, grasas, saludables, vitaminas y minerales, es lo que los hace atractivo para su consumo. A pesar de ello, sabemos que nuestra salud depende de varios factores y la clave de nuestra salud, está en una alimentación equilibrada y variada, un buen descanso y realización de actividad física.

Es por ello que el principal problema que presenta el término superalimento es la conclusión que la sociedad saca de ello, pensando que con el consumo de estos alimentos pueden descuidar su dieta y estilo de vida, pensando que el deporte no es necesario o que no hace falta reducir su consumo de alcohol o grasas saturadas porque, ya consumen quinoa, chía, bayas de acai o espirulina.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 208

ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EXPUESTO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

DORA ELCY NARANJO CHICA

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

1 Introducción

Desde su primera introducción en el primer manual de diagnóstico en el DSM-III, se han abordado tanto aspectos neuroanatómicos, como tratamientos psicológicos y farmacológicos de este Trastorno por Estrés postraumático. En cuanto a los estudios iniciales del condicionamiento del miedo con animales; en las últimas tres décadas se han utilizado muestras en la población militar y civil expuesta a distintos acontecimientos traumáticos con un agente causal humano como atentados, víctimas de agresiones sexuales, violencia de género, accidentes de tráfico, entre otros varios). En los resultados de estos estudios se han encontrado alteraciones anatómicas y funcionales en el hipocampo, la amígdala, y el córtex prefrontal, de forma principal.

En los últimos años se han estado empleando técnicas modernas y funcionales que han permitido la objetivación de las lesiones inapreciables con métodos tradicionales, como la tomografía por emisión de positrones y las resonancias magnéticas funcionales. Se han podido describir alteraciones en la actividad de la amígdala, del córtex cingulado anterior, del hipotálamo y el circuito HHA. Un grupo de trabajo ha hallado que el daño en el córtex prefrontal ventromedial ha disminuido la sintomatología del trastorno aunque la amígdala permanece hiperactivada, de forma contraria a lo que se esperaba si tendríamos que tomar en cuenta que el córtex prefrontal ha tenido un papel inhibitorio de la amígdala. Los autores de los estudios consultados concluyen que la remisión de la sintomatología que es más significativa aparece ante la reducción de la activación en ambas zonas.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es poder presentar los hallazgos actuales a nivel neurobiológico y neuropsicológico, que estén relacionados con los déficits cognitivos y la posible sintomatología que es característica del trastorno por estrés post traumático.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de artículos en bases de datos (PubMed, PschyInfo) seleccionando los más influyentes y los más utilizados para realizar esta publicación teniendo en cuenta el número de visitas y las referencias utilizadas así como la bibliografía.

4 Resultados

No ha sido posible establecer una relación causal entre una alteración cerebral y su sintomatología; por lo que, es posible que estas alteraciones encontradas y que son estructurales sean previas al desarrollo del trastorno por estrés post-traumático y constituyan un factor más de riesgo para el mismo. Son muchas las hipótesis que se pueden establecer en relación a numerosos factores que puedan predisponer a este trastorno. Algunos autores han descrito la vulnerabilidad genética y pueden implicar principalmente a los genes que son reguladores de la producción de dopamina, serotonina, GABA, noradrenalina y algunas proteínas CREB, entre otras. Otros parámetros relacionados son los registros

electroencefalográficos anormales encontrados en el córtex cingulado anterior, tálamo y córtex prefrontal ventromedial, que son previos al desarrollo de este trastorno e incluso permanecen alterado tras la recuperación temporal del episodio que ha causado el trauma.

Los estudios que hemos analizados son inconsistentes respecto al perfil del rendimiento neuropsicológico en el trastorno por estrés post-traumático. Así, tanto, como la comorbilidad psiquiátrica que es principalmente con otros trastornos de la ansiedad y el nivel de la inteligencia premórbido que influyen en el rendimiento de las pruebas y se pueden contaminar los resultados.

Hemos encontrado que algunos autores han calificado la amnesia postraumática como requisito fundamental y el desencadenante principal de este trastorno, no obstante en la mayoría de los estudios, la amnesia potencia la recuperación del paciente, la amnesia selectiva que hace la memoria del elemento traumático del suceso vital sufrido es un mecanismo de defensa del organismo e intentar traerlo al recuerdo a través de la memoria semántica mediante claves no es difícil en terapia, pero se tiene que valorar la efectividad y positividad que puede traer estas vivencias al pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Sería lo más recomendable realizar nuevas investigaciones que puedan resolver las dificultades metodológicas que hemos encontrado en los trabajos analizados, con el objetivo de poder diseñar más abordaje neuropsicológico en las dificultades cognitivas que se han hallado en estos pacientes. Se puede entrenar la focalización y el mantenimiento atencional, la atención de forma selectiva e inhibición de las interferencias; junto al empleo de las estrategias de codificación, del almacenamiento y la recuperación de la información desde los niveles profundos y/o significativos, que representaría un abordaje global de estos pacientes; y permite comparar la eficacia del tratamiento completo y multidimensional que pueda incluir la rehabilitación neuropsicológica con los tratamientos psicológicos que existen en la actualidad.

6 Bibliografía

1. Karl A, Schaefer M, Malta L S, Dorfel D, Rohledera A W. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2006; 30; 1004-1031.

2. Woon F L, Sood S, Hedges D W. Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: A meta-analysis. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2010; 34; 1181-1188.

Capítulo 209

MANEJO DEL DEA PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

1 Introducción

Como sus siglas indica el DEA es un desfibrilador automático. Es un dispositivo médico y portátil capaz de diagnosticar y puede llegar a ayudar a restablecer el ritmo cardíaco. Este dispositivo reconoce la situación cardíaca en la que se encuentra el paciente y puede o no producir una descarga eléctrica .

En los últimos años también se ha incorporado un modelo mejorado llamado DESA que tiene la misma función, pero funciona de manera semiautomática. Nosotros únicamente deberemos seguir las indicaciones que nos va marcando el dispositivo, normalmente de forma acústica.

Es muy importante saber llegar a reconocer una situación de parada cardíaca o muerte súbita ya que aparecen de forma inesperada y actuando de la forma más

rápida podemos llegar a aumentar las posibilidades de supervivencia exponencialmente.

El manejo del dispositivo DEA es muy sencillo y contribuye a salvar muchas vidas. Se conoce que pierden la vida unas 30000 personas al año por consecuencia de infarto en nuestro país.

Actualmente estos dispositivos médicos se encuentran en muchos más lugares que los últimos años. Hoy en día los podemos ver a parte de en cualquier centro hospitalario o de atención primaria, en centros comerciales, centros deportivos de cualquier nivel , gimnasios ,centros públicos y lugares como paseos que sean muy concurridos.

2 Objetivos

- Seguir las instrucciones de un desfibrilador de la forma correcta, siguiendo las indicaciones para no sufrir ningún perjuicio.
- Reconocer una parada cardiaca.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado la búsqueda sistemática de diferentes páginas de internet, formaciones sanitarias específicas del contenido y también de diferentes protocolos obtenidos por mi experiencia profesional en los últimos años obtenidos por la supervisión de cada responsable de la unidad.

4 Resultados

Los desfibriladores son súper sencillos de usar, siempre y cuando tengamos unas nociones que son súper básicas.Solo debemos seguir las señales visuales y sonoras del aparato , no tiene mayor misterio. Así cualquier persona puede atender a la víctima, no solo sanitarios.

Para un mejor uso existen cursos formativos realizados por profesionales para aprender de manera sencilla el funcionamiento de estos desfibriladores que cada vez están más presentes en los lugares que frecuentamos habitualmente.

De gran importancia sería saber reconocer los síntomas de una parada cardiaca que siempre surgen de manera inmediata y drástica. Una parada cardiaca se reconoce primero por la pérdida de consciencia , una respiración anormal o una

ausencia de esta. También por la ausencia de pulso . Aunque son muchos más estos síntomas ,los más fáciles de reconocer serían estos descritos.

La utilización del DEA queda como objetivo de vital importancia. Sería importantísimo solicitar ayuda rápidamente, para ello conocer el telf. de emergencias 112. Si no dispusiéramos de él podríamos avisar a cualquier persona presente y cercana para que sea quien avise y pida ayuda.

Seguidamente descubrir el pecho de la víctima y colocar los parches siempre que nos sea posible encima de la mama y otro en el lateral del costado. Un punto importante y que jamás debe olvidarse es comenzar la RCP desde el primer minuto sin que interfiera poner y colocar los demás instrumentos.

Seguir las instrucciones del DEA visuales y sonoras. En el caso de aplicar descarga el DEA nos dirá en qué momento pulsar el botón y el momento de alejarnos del paciente mientras que se produzca la descarga. Seguidamente continuaríamos con la RCP.

Es tan importante o más hacer una llamada a los servicios de emergencia rápidamente, como colocar los parches de forma adecuada.

Es muy importante construir espacios protegidos donde las personas y ya no solo el personal sanitario puedan salvarla vida de otras personas. Este dispositivo puede salvar la vida de miles personas de manera sencilla.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que queremos obtener es que tanto el TCAE como el resto de profesionales debe estar formado para saber detectar un caso de parada cardiaca y participar activamente en el desarrollo de esta.

Deberíamos todos los profesionales formados por protocolo al empezar en cualquier unidad , ya que queda más que demostrado que un paciente detectado y tratado a tiempo tiene mayor tasa de supervivencia. En casos de parada cardiaca o muerte súbita cada minuto y cada segundo que tarde en utilizarse el DEA cuenta para salvar la vida de la persona.

Empezando por ahí y terminando por llevar el mantenimiento del aparato.

6 Bibliografía

1. Fundaciondelcorazon.com.
2. Protocolos de la unidad trabajada.

Capítulo 210

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN LA TERCERA EDAD Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SU PREVENCIÓN

LORENA AMARILLA SANCHEZ

NOELIA FERNÁNDEZ VALLE

ISABEL GARCIA SIXTO

MARTA SÁNCHEZ RIVERA

JENNIFER SUÁREZ VILLANUEVA

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son infecciones comunes que ocurren cuando entran bacterias a la uretra e infectan las vías urinarias, se produce cuando el tracto urinario contiene una cantidad anormalmente elevada de gérmenes.

Estas infecciones son las más frecuentes en la población anciana, su prevalencia aumenta con la edad, ya que el envejecimiento produce una alteración de los mecanismos defensivos frente a la infección. Además los ancianos beben muy

poco, causando una disminución en la producción de orina y no pueden controlar totalmente los músculos de las paredes del tracto urinario, lo que desfavorablemente provoca una proliferación de gérmenes.

La infección de vejiga también llamada cistitis es la más común pero la infección puede ocurrir en otros puntos:

- Riñones; infección en uno o dos riñones, denominada pielonefritis o infección renal.
- Uréteres; son los conductos que llevan la orina desde cada riñón hasta la vejiga. La infección en ellos no es muy común.
- Uretra; infección del conducto que lleva la orina desde la vejiga al exterior. La denominamos uretritis.

Existen dos tipos de infecciones de orina en función del lugar en el que se localiza cada una de éstas: infección de orina baja e infección de orina alta.

La primera de ellas se produce, generalmente, debido a los gérmenes externos que afectan al tracto urinario y colonizan la vejiga inflamándola, suele afectar anualmente al 10% o 20% de la población.

La infección de orina alta es cuando dicha infección se eleva hasta los riñones o pielonefritis aguda, que resulta mucho más grave. Esta infección de orina puede provocar sepsis, una respuesta inflamatoria al organismo, pudiendo llegar a ser mortal sino es tratada a su debido tiempo.

2 Objetivos

Describir la infección urinaria en la tercera edad y la importancia y función del TCAE en su prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, documentos y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Google Académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los síntomas más frecuentes de una infección de orina son los siguientes:

- Orinar con mayor frecuencia de lo habitual.

- Sufrir dolor al orinar o micción ardiente.
- Picor al orinar.
- Presencia de sangre en la orina.
- Mal olor en la orina.
- Fiebre.
- Dolor en espalda y riñones.

Los síntomas de una infección de orina pueden ser difíciles de identificar en los ancianos, ya que tienen su sistema inmunitario debilitado, presentando síntomas como debilidad general, confusión, náuseas, mareos, incontinencia repentina y cambios repentinos en su comportamiento. Esta sintomatología se puede agravar si el anciano padece Parkinson o Alzheimer.

Cabe destacar la importancia de los signos en las infecciones de tracto urinario ya que en muchas ocasiones las personas mayores, consecuencia de sus patologías cognitivas, no saben expresar sus síntomas.

En cuanto a las causas de la ITU señalar que son diferentes entre mujeres y hombres. En el primer caso se deben al vaciado incompleto de la vejiga después de cada micción, por el aumento de manchas en el perineo y por la disminución de la actividad hormonal que modifica su flora vaginal y favorece la proliferación de gérmenes. En el caso de los hombres la ITU se debe al agrandamiento de la próstata, el estrechamiento anormal de la uretra y los cálculos renales, una de las principales y más frecuentes causas de contraer la infección.

Entre las pruebas y los procedimientos utilizados para diagnosticar las infecciones de las vías urinarias, se incluyen los siguientes:

- Análisis de una muestra de orina.
- Cultivo de las bacterias de las vías urinarias en un laboratorio.
- Creación de imágenes de las vías urinarias.
- Uso de un endoscopio para observar el interior de la vejiga.

En el caso de que las pruebas sean positivas habría que tratar al paciente. Generalmente, los antibióticos son el tratamiento de primera línea para las infecciones de las vías urinarias. Los medicamentos que se recetan y el tiempo de uso dependen de tu estado de salud y del tipo de bacterias que se encuentren en la orina. Si la ITU es grave es posible que necesites tratamiento con antibióticos intravenosos en un hospital.

Habitualmente el tratamiento para las mujeres es mucho más corto (entre tres y siete días) mientras que en el caso de los hombres puede prolongarse hasta dos o tres semanas. Ello se debe a la diferencia anatómica, más compleja en el

hombre, así como a las complicaciones del agrandamiento de la próstata que pueden presentar algunos anciano/as.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto en apartados anteriores la sintomatología que generan las infecciones de orina en la 3ª edad, es por ello que para evitar o disminuir su prevalencia es fundamental el papel del o de la TCAE en su prevención haciendo hincapié en una serie de pautas básicas de higiene y alimentación. Entre ellas cabe destacar:

- El/la TCAE facilitará la ingesta de mucha agua durante todo el día de forma regular para que el anciano/a esté hidratado/a impidiendo así la proliferación de bacterias.
- Mantendrá una buena alimentación en el/la anciano/a siendo clave para evitar cualquier infección y para fortalecer su sistema inmune. Se recomienda el consumo de frutas como los arándanos rojos (se puede ingerir diariamente en cápsulas) que ayudan a prevenir las cistitis al contener proantocianidinas.
- El/la profesional ayudará al anciano/a a vaciar la vejiga con frecuencia. No debemos dejar que la orina se estanque ya que así alcanzaría 37° y las bacterias permanecerían en la uretra favoreciendo la aparición de una infección.
- Durante el aseo del anciano/a se evitaremos lavar en exceso el área genital o usar jabones agresivos.
- Secaremos bien la piel después de lavarla o después de cambiar los productos de higiene, ya que las bacterias proliferan más rápidamente en las áreas húmedas.
- Cuando se sufre incontinencia y se usan compresas les colocaremos siempre productos transpirables y de calidad.
- Es necesario ayudar a los/las ancianos/as a mantener buenos hábitos de higiene, ya que con ello se reduce el riesgo de que sufran una infección.

Para aliviar los síntomas de la infección de orina puede utilizarse una bolsa de agua caliente colocada en la parte baja de la espalda o en el estómago, así aliviaremos el dolor y la incomodidad en los/las ancianos/as.

Estos son algunos de los hábitos necesarios que como profesionales llevaremos a cabo en nuestro puesto de trabajo. Estaremos pendientes de la sintomatología de nuestros/as mayores, formándonos y aprendiendo para prevenir, ya que es la mayor medicina.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urinary-tract-infection>.
2. <https://www.cuidum.com/blog/infeccion-de-orina-en-ancianos>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/urineandurination.html>.

Capítulo 211

COMUNICACIÓN, TÉCNICAS Y CUIDADOS GENERALES EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

Una de las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la comunicación, técnicas y cuidados en el paciente anciano, es cuidar con atención a nuestros mayores, una etapa a la que todos esperamos llegar. La comunicación con ellos es básica y como profesionales debemos estar a la altura.

Comunicarse significa intercambiar, expresarse, notificar algo, enviar mensajes y señales, pero al mismo tiempo, recibir y descodificar mensajes y señales de otros, así como reaccionar a ellos. Hay cuatro aspectos en un mensaje que se pueden resaltar de manera diferente:

- >La información objetiva.
- >La información referente.

>La apelación.

>La autorrevelación.

Ser comunicativo, relacionarse de forma consciente y entablar una conversación verbal y no verbal no significa, como se suele suponer de forma errónea, dedicar más tiempo al paciente. Buena parte de la comunicación surge de manera sencilla con y durante los cuidados y la asistencia.

Precisamente toda la gama de señales no verbales positivas, como la dedicación física, el contacto visual, sonreír, tocar, mantener una conversación o hacer una pregunta, no supone tiempo, pero contribuye a construir una relación y una confianza que verifican en definitiva a todos los que intervienen. Otros aspectos a tener en cuenta son:

Claridad - Autenticidad - Congruencia - Empatía - Distancia y proximidad.

La técnica y uno de los cuidados generales más importantes es la higiene del paciente hospitalario es una de las funciones básicas y diarias en el trabajo que desempeñan los TCAE, esta labor permite al TCAE un acercamiento cordial con el paciente así como ofrecerle comodidad y bienestar al mismo.

El hecho de realizar una higiene diaria a los pacientes les permite detectar cambios en el estado de la piel y cavidad oral, valorar el grado de dependencia, movilidad y establecer una conversación más estrecha para definir su estado nutricional, patrón de sueño o estado de ánimo.

Gracias a estas valoraciones más básicas, podemos ayudar al equipo de enfermería a determinar las medidas preventivas que protegen a los pacientes de posibles riesgos o amenazas a su salud.

Una buena higiene corporal es una de las necesidades a nivel de salud más básicas y necesarias para la vida diaria, con ella aumentamos la vitalidad y mantenemos un estado saludable ya que a lo largo del día en nuestro cuerpo se acumulan residuos por los distintos factores a los que se está expuesto.

2 Objetivos

Conocer los cuidados generales que debe recibir el paciente ingresado por parte del TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

A parte de la comunicación, una función muy importante del TCAE con el paciente es sus técnicas y cuidados generales como es la higiene diaria. Hay que concienciar al paciente de la necesidad de la higiene diaria. Teniendo en cuenta las técnicas de comunicación.

***BAÑO DEL ANCIANO CAPACITADO:** Además de lavar la piel, el baño estimula la circulación y reduce el olor corporal al eliminar secreciones, sudación y bacterias de la piel. De esta manera se restablece la autoimagen.

***BAÑO DEL ANCIANO ENCAMADO:** Se realiza un baño en ancianos totalmente dependientes.

***HIGIENE BUCAL:** A menudo es difícil mantener una higiene dental rutinaria en el anciano, por lo que la/el técnico debe ofrecer ayuda para la higiene dental siempre que sea preciso. La responsabilidad del equipo de enfermería también incluye determinar la frecuencia con la que el anciano debe cepillarse los dientes. Algunas alteraciones, resultado de la enfermedad o el tratamiento, hacen que la cavidad oral esté excesivamente seca o irritada.

***HIGIENE DEL CABELLO:** La frecuencia con que debe lavarse el cabello depende de su estado y de los hábitos del paciente. El cabello seco, normalmente resultado del envejecimiento y del déficit proteínico requiere un lavado menos frecuente que el cabello graso o el cabello de las personas más jóvenes. La/ el técnico debe recordar que, en el caso de pacientes encamados, debido al exceso de sudoración o de tratamientos que dejen sangre o algún tipo de solución en el cabello, es conveniente lavar la cabeza con más frecuencia.

***HIGIENE DE LAS UÑAS Y LOS PIES:** Las uñas y los pies requieren a menudo un cuidado especial para evitar infecciones, mal olor y lesión de los tejidos blandos. En muchas ocasiones, las personas no son conscientes de sus problemas con los pies o las uñas hasta que aparece dolor o incomodidad.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que queremos obtener es la importancia de saber comunicar en todo momento toda la información requerida al paciente en todo lo que se le va a realizar. Es muy importante que este se sienta cómodo y debemos tener toda la empatía posible hacia su situación ya que por ejemplo el asearse para nosotros como TCAE no nos supone nada realizarlo pero para ellos puede ser una situación incómoda por lo tanto debemos mantener toda la intimidad posible y hacerles sentir lo mejor posible en todo momento, por eso es tan importante la comunicación en cada una de las tareas que se le vaya a realizar.

Un buen TCAE debe saber transmitir la necesidad de una buena higiene y como realizar correctamente algo tan básico pero de gran importancia.

Ya que el TCAE es el personal del equipo de enfermería que está más en contacto con el paciente durante su estancia hospitalaria resulta de gran importancia para dicho equipo el poder valorar y comunicar cualquier anomalía a nivel de la piel, cavidad bucal, estado de deposiciones y diuresis.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 212

EL PAPEL DEL TCAE PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS

MARIA CRISTINA GOMEZ ALONSO

1 Introducción

La OMS define como caída: “ la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.”

La caída de los pacientes durante su estancia hospitalaria es una causa que hace más daño a la persona, como pueden ser secuelas y discapacidades, aumentan la duración de la estancia, reducen la calidad de vida y además son costosas tanto para los pacientes como para los hospitales ya que pueden desencadenar en demandas judiciales que a día de hoy los seguros ya no se hacen cargo.

La mayoría de las caídas pueden ser evitables por lo que es importante una serie de actuaciones para reducir este número de caídas en el hospital y sus posibles riesgos o daños.

Las caídas hospitalarias se asocian a diferentes factores tales como debilidad, edad, estado cognitivo del paciente, entorno hostil, duración de la estancia, posibles traumatismos.

Existen numerosas medidas preventivas que aplicadas correctamente pueden ayudar a paliar o disminuir considerablemente el riesgo de caídas y de sus posibles consecuencias. Para ello deben de saber aplicarse y concienciarse que si se hace correctamente las consecuencias se pueden ver disminuidas llegando a poder no aumentar la lesión o incluso no tener una nueva.

2 Objetivos

Describir lo que son las caídas, determinar los pasos a seguir para la prevención y establecer precauciones y los pasos a intervenir.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión científica bibliográfica actualizada sobre el tema a tratar. Para ello he usado búsquedas en bases de datos medicas disponibles como Elsevier, Pubmed, Scielo, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema de estudio, además de motores de búsqueda como Google Acholar, adaptándose la búsqueda de una manera especifica a cada una de las bases de datos y motores de búsqueda citados con anterioridad.

Se utilizaron los siguientes descriptores: “paciente hospitalizado”, “riesgo de caídas”, “prevención de caídas” y “caídas”.

Se incluyeron artículos de investigación, capítulos de libro, guías hospitalarias y protocolos de actuación que incluían las palabras citadas anteriormente así como publicaciones del año 2010 hasta ahora y se excluyeron los documentos que no estaban relacionados directamente con el tema.

4 Resultados

Los resultados obtenidos son que hay una mayor tasa de incidencia entre los hombres respecto a las mujeres ya que son más propensos a no pedir ayuda por lo que tienden a comportamientos de riesgo.

Una gran mayoría de veces se producen por la mañana durante su aseo personal y por la noche debido a la falta de luz, administración de medicamentos, desconocimiento del entorno...

Se asocia la disminución de caídas en el horario de tarde a que los pacientes se encuentran acompañados por las visitas, por lo que no precisan tener que desplazarse si necesitan algún enser o pueden ir acompañados al servicio, apoyándose en la movilidad para desplazarse.

Según los estudio se sabe que los pacientes que duermen más de treinta minutos de siesta o que duermen menos de seis horas por la noche tiene tres veces mayor probabilidad de sufrir caídas.

El riesgo de caídas está incrementado en pacientes que tienen dolor en más de dos localizaciones.

La cama o cerca de ésta es el lugar donde más caídas se sufren bien al subir o bajar o porque desde ella quieran acceder a algún objeto personal seguido del cuarto de baño y los pasillos

Algunas de las medidas a adoptar serían:

- Colocar el sistema para pedir ayuda al alcance del paciente.
- Entorno libre de obstáculos. Correcta iluminación.
- Cama en posición baja, frenada y uso de barandillas.
- Uso de calzado adecuado al igual que la ropa. Ventanas cerradas.
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene riesgos de caídas.

La familia debe tomar conciencia de su implicación en este proceso. Dar información por escrito tanto al paciente como a la familia, explica la necesidad de pedir ayuda.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas hospitalarias a veces son inevitables pero en otras ocasiones no. Si todos colaboramos en la misma dirección muchas de estas no se producirían.

Se podría decir que de alguna manera, todos los pacientes tienen riesgo de caerse durante su estancia hospitalaria, aunque se han asociado algunos factores o características que pueden aumentar el riesgo, tales como la edad, el estado cognitivo, el historial de antiguas caídas, el tipo de movilidad, la mala coordinación, la farmacología y un factor importante es la incontinencia, la micción de urgencia o la diarrea ya que con las prisas aumenta las posibilidades de que el paciente se caiga.

Trabajar para una mejora de vida del paciente es tarea de todos.

6 Bibliografía

1. Sentinel Event Statistics. USA: Joint Commission International; 2007 [citado 16 agosto 2011]. Disponible en: [http:// www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/).
2. Laguna-Parras JM, Arrabal-Orpez MJ, Zafra-López F, García-Fernández FP, Carrascosa-Corral RR, Carrascosa-García MI. Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos2011; 22(4): 167-73.
3. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Asturias, España: Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería

de Salud y Servicios Sanitarios; 2010 [citado 24 enero 2012]. Disponible en: <http://www.astursalud.es>.

4. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva Núm. 344.

Agosto 2010 [citado: 15 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>.

5. Organización Mundial de la Salud. New York: Centro de prensa. Notas descriptivas. Caídas [actualizado 2011; citado 15 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.htm>.

6. Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(3):597-603.

Capítulo 213

LA NUTRICIÓN ENTERAL Y FORMAS DE ADMINISTRARLA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PATIÑO

1 Introducción

La nutrición enteral es un tipo de alimentación muy importante y cuyos protocolos de administración es imprescindible conocer para evitar posibles complicaciones en el paciente y en la calidad asistencial que se le proporciona.

Durante el tiempo de pandemia, en muchos pacientes de cuidados intensivos se ha podido ver este tipo de alimentación, quizás con más frecuencia hospitalaria que antes, por lo que es necesario que sepamos definirlo correctamente.

Podemos definir esta alimentación como aquella que se realiza a través de una sonda directa al estómago o intestino delgado. Esta alimentación se emplea en pacientes cuya capacidad para tomar alimentos por boca es deficiente o cuya ingestión es inadecuada, y necesitan una ayuda temporal hasta que el paciente recupere la capacidad de alimentarse por vía oral por sí mismo.

Este tipo de nutrición puede variar de un paciente a otro pues no todos necesitan que se les proporcionen los mismos nutrientes, es por eso que hay una amplia gama de preparados que se ofrecen para esta nutrición.

Lo que tenemos claro es que la pauta de dicho alimento la efectuará el personal facultativo, que se encargará a su vez de buscar el producto que mejor se adapte al paciente. Una vez este proceso se haya cumplido con éxito, procederemos a la tolerancia del paciente a la alimentación y después a la administración del preparado pautado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de nutrición enteral.

Objetivos secundarios:

- Conocer las diferentes maneras de suministrar alimento con este tipo de nutrición.
- Averiguar el papel del TCAE en la administración de la nutrición enteral.

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, seleccionando textos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como ya se ha explicado anteriormente, cada persona tiene una necesidad nutricional diferente, por que cuando el médico haya pautado la formula alimenticia mas adecuada y teniendo el paciente la sonda colocada, será, principalmente, tarea del TCAE; aunque colabore todo el equipo; administrar el alimento por esta sonda. Por ello vamos a ver las diferentes maneras en las que se puede hacer:

- Jeringa de alimentación: es el método tradicional de administración, se utiliza una jeringa de 50-100 ml y se utiliza con emboladas de unos 200-400 ml cada 4-6 horas. Actualmente este método se está remplazando por otros que disminuyen la diarrea posterior. El TCAE será quien prepare dicho alimento y agua para administrar a través de la sonda con la jeringa.
- Sistema de goteo: El alimento se introduce en una bolsa preparada para ello, y se conecta a un sistema de goteo con cámara cuentagotas. Se selecciona un flujo adecuado y se facilita la administración intermitente ya que se pueden seleccionar las gotas por minuto. El TCAE deberá mantener la bolsa de alimento preparada para cuando se requiera la administración intermitente.
- Con Bomba de nutrición enteral: en esta bomba se ajusta la velocidad de entrada que va en mL/h. Se trata de un tipo de administración continuo. Es el método

mejor tolerado por el paciente. En este caso el TCAE debe estar atento para cambiar el alimento cuando se agote y que la perfusión siga siendo continua. Durante todo el proceso de administración del alimento a través de la sonda pueden surgir complicaciones como la obstrucción de la misma, desplazamiento involuntario de la sonda, acodamiento, náuseas y vómitos, cólicos abdominales y diarrea. Es por esto que debemos tener cuidado y seguir los protocolos de administración lo mas estrictamente posibles para favorecer el bienestar del paciente y disminuir el riesgo a complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda y que permite que el paciente esté nutrido durante el periodo de tiempo que el no pueda hacerlo por si mismo. Existen diferentes maneras de administrar el alimento enteral, que son intermitente y continua, cada una de ellas con sus beneficios, aunque la mejor tolerada es la continua. De manera habitual esta técnica de alimentación es temporal y requiere de ciertos cuidados y seguimientos protocolarios que nos ayuden a mantener el bienestar del paciente y a evitar complicaciones.

6 Bibliografía

1. Revisión Bibliográfica: Técnicas básicas de enfermería, ISBN: 978-84-481-7785-0, Editorial McGraw-Hill.

Capítulo 214

LA RESPIRACIÓN Y ANOMALÍAS RESPIRATORIAS

ANA MARÍA JIMÉNEZ PATIÑO

1 Introducción

Las constantes vitales son unos parámetros que constituyen el estado del paciente, se pueden medir de diferentes maneras, ya sea algunos a través de la observación y otros con aparatos específicos para tales medidas. Estas constantes son las siguientes: tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria. Dentro de ellas vamos a hablar de la frecuencia respiratoria, o la respiración. En la respiración podemos observar diferentes patrones que nos indicaran si hay una anomalía o no. Sabiendo que se trata de una constante vital básica, podemos decir que a través de ella se hace posible que el organismo coja aire y lo lleve a los pulmones y elimine el dióxido de carbono. A su vez a este proceso se le llama inspiración y espiración, y gracias a ello se produce un intercambio de gases que resulta imprescindible para la vida.

De manera resumida podríamos decir que la respiración es la encargada de la difusión del oxígeno desde los capilares alveolares a las células.

El control de la respiración se encuentra en el bulbo raquídeo y esto permite que realicemos la acción de inspirar y espirar, es decir, contraer y relajar los músculos y órganos encargados de la respiración.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de la respiración como constante vital.

Objetivos secundarios:

- Conocer los patrones respiratorios de las alteraciones o anomalías.
- Describir los parámetros de la normalidad respiratoria.

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, seleccionando textos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Habiendo definido la respiración como una constante vital básica, y como su nombre indica, sabiendo que es imprescindible para la vida, vamos a conocer los diferentes tipos de respiración y los parámetros de normalidad.

Podemos decir que una respiración normal se encuentra entre 30-40 respiraciones por minuto en el recién nacido, 26-30 durante el primer año de vida y disminuye según avanza a edad adulta donde una respiración normal se encuentra entre 12 y 18 respiraciones por minuto, y que estar entre estos parámetros se denomina Eupnea.

No solo es importante la frecuencia, sino que también lo son el ritmo, la profundidad y la simetría de trabajo entre ambos pulmones.

Debido a las alteraciones en estos parámetros, podemos encontrar diferentes patrones respiratorios que se salen de la normalidad:

- Apnea: denominamos apnea cuando hay un cese de la respiración, es decir, no hay.
- Hiperpnea: Aumenta el volumen de aire, la respiración es más profunda.
- Disnea: dificultad para la respiración normal y falta de oxígeno.
- Ortopnea: se encuentra difícil respirar en posición totalmente horizontal.
- Taquipnea: aumenta la frecuencia respiratoria a entre 20 y 24 respiraciones por minuto.
- Bradipnea: disminuye la frecuencia respiratoria a 10 respiraciones por minuto.
- Respiración superficial: es la que el paciente realiza cuando siente dolor, por lo que estaría utilizando solo la parte superior de los pulmones para ejecutar la función respiratoria.

- Estertorosa: es una respiración en la que se oyen ruidos anormales que pueden venir de secreciones bronquiales.
- Asmática: inspiraciones cortas y espiraciones largas con ruidos sibilantes.
- Cheyne-Stokes: mezcla periodo de respiración lenta y superficial con fases de rápida y profunda, también puede haber periodos de apnea.
- Küssmaul o acidótica: respiración profunda y con ritmo que conlleva aumento de la frecuencia y pausas entre respiraciones y movimientos respiratorios.
- Biot: respiración con ritmo y frecuencia irregular.

5 Discusión-Conclusión

La respiración es una función imprescindible para el buen funcionamiento orgánico y, por supuesto, para la vida. La salud depende de las cinco constantes vitales básicas que contribuyen al equilibrio y funcionamiento. Cada una de ellas es importante pero el proceso respiratorio es el que se encarga de un correcto funcionamiento respiratorio puesto que por medio de este proceso se vitaliza y purifica la sangre, y a su vez ésta es el sustento de las células del organismo, es por ello de vital importancia que sepamos los patrones respiratorios que nos muestran normalidad o si hay alguna anomalía a través de la frecuencia, ritmo, profundidad y simetría de la respiración.

6 Bibliografía

1. Revisión Bibliográfica: Técnicas básicas de enfermería, ISBN: 978-84-481-7785-0, Editorial McGraw-Hill.

Capítulo 215

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

DORA ELCY NARANJO CHICA

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

1 Introducción

El trastorno denominado déficit de atención con hiperactividad es considerado una alteración del neurodesarrollo, los síntomas principales son falta de atención, hiperactividad e impulsividad. El trastorno mencionado se asocia a un modelo heterogéneo fisiopatológicamente, encontrándose afectadas, entre otras funciones, las ejecutivas, teniendo una implicación significativa en las dificultades para que respondan a ciertos estímulos, planificación y organización de acciones, reflexionar sobre algunas consecuencias y poder inhibir alguna respuesta automática inicial con el fin de sustituirla por alguna más apropiada. Este trastorno

abarca más de la mitad de las consultas de psiquiatría infanto-juvenil y la prevalencia se estima entre un 3 a 13% de la población infantil; de origen multifactorial y en el 60 % de kiscasos, coexiste con varios trastornos psiquiátricos y/o neurológicos. El diagnóstico que se debe hacer es básicamente clínico y se requiere, de forma ideal, un examen riguroso, así como de entrevistas exhaustivas estructuradas a los padres o cuidadores principales y profesores, también de la entrevista al niño o el adolescente en medida de lo posible. Todos los niño o adolescentes con este trastorno debe de aplicarse un plan integral con un tratamiento individualizado, que se considere con una potencial cronicidad y un impacto del cuadro, con una involucración del manejo psicofarmacológico y aplicando enfoques terapéuticos de forma conductual para mejorar manifestaciones centrales con esta condición y un posible deterioro funcional que está asociado.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer el Trstorno por deficit de atención con Hiperactividad para diferenciarlo de otros tratornos parecidos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una exahustiva preparación de búsqueda bibliográfica de las más importantes fuentes de investigación, haciendo posteriormente una selección puntual de los artículos seleccionados más vistos y más utilizados de la bibliografía utilizada.

4 Resultados

Las evidencias sostienen el uso de medicamentos estimulantes; entre las siguientes medicaciones, metilfenidato es el fármaco que es ampliamente aceptado para el tratamiento de este trastorno, y se han aportado resultados que pueden reducir en cierto modo el deterioro social, económico, funcional y la salud que se experimentan algunos pacientes con este trastorno. El metilfenidato es el medicamento que se encuentra disponible en una formulación oral que tiene una liberación inmediata y también tiene una forma en una variedad de formulaciones de liberación prolongada. No es recomendado el tratamiento farmacológico como primera línea en los niños menores de 6 años. El metilfenidato es recomendado como un agente en primera línea en el tratamiento con niños con manifestaciones

graves o manifestaciones moderadas que no se corresponden a una intervención psicológica. La dosis impuesta debe incrementarse de forma gradual hasta poder alcanzar el mayor beneficio con el mínimo de efectos secundarios. Es recomendable iniciar este medicamento de acción inmediata o de liberación prolongada a una dosis inicial en 0.2 mg/kg para infantes y adolescentes en una indicencia entre 3 a 5 semanas hasta un máximo de 80 mg/kg al día. Los tratamientos deben incrementarse hasta poder alcanzarse el resultado esperado, hasta que aparezcan efectos adversos o alcanzar las dosis máxima. El metilfenidato de acción inmediata puede ser de forma más conveniente para la incidencia al permitir una dosis más flexible, pero este metilfenidato de acción de liberación prolongada puede facilitar esta adherencia. Debido a que la gravedad de las manifestaciones y deterioro que se asocia al trastorno es bastante variable de un individuo a otro, la duración del tratamiento va a depender de los factores como la etapa en el desarrollo de la persona, la edad y los cambios en los soportes necesarios, las demandas del entorno cercano y puede que el deterioro funcional sea insistente. Antes de comenzar el tratamiento con el metilfenidato será necesario recabar una historia de forma detallada sobre los factores de riesgo cardiovascular, principalmente de posibles síntomas cardiovasculares y antecedentes familiares de una muerte súbita con una etiología cardiovascular; no obstante, se requiere realizar un monitoreo de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca antes y durante y después del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El Trastorno por déficit de atención es una condición que se mantiene en el tiempo con algunas controversias y debates entre los profesionales de salud y la educación, pero es cierto que en los medios y la opinión pública. Las razones de esta naturaleza controvertida son varias; sin embargo, las principales razones de estas están relacionadas con las variaciones de la prevalencia que están asociadas al uso de las categorías que diagnostican de forma distintas en los estudios de prevalencia, las marcadas expectativas culturales acerca de la conducta que los niños en algunos lugares puede pensarse en una “zona de límite” que viene dado por la subjetividad que se tiene de las apreciaciones de los progenitores y educadores, y sobre todo, al grado de involucración de las farmacéuticas en el incremento de los tratamientos diagnósticos y en las conductas prescriptivas de los profesionales. Otros aspectos que se ha tenido en cuenta es la falta de investigaciones de tipo cualitativo sobre la experiencia de niños y adolescentes con diferentes tratamientos en contraparte de los ensayos clínicos con fármacos que

se pueda mejorar la comprensión que se tenga de los desenlaces de los tratamientos.

6 Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association;2013. p. 249-257.
2. Soutullo-Esperón C, Mardomingo-Sanz M. Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 55-78.

Capítulo 216

CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES EN LA CADENA DE FRÍO, FUNCIONES DE ORDENACIÓN DE EFECTOS SANITARIOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

Una de las funciones del Técnico en Cuidados de Enfermería en el servicio de farmacia es colaborar con el personal sanitario o Auxiliar de Farmacia en la ordenación de los preparados y efectos sanitarios. Por ello, es de especial importancia conocer el perfil de los medicamentos termolábiles, los cuales han cambiado cuali y cuantitativamente, construyendo una parte fundamental del actual arsenal terapéutico en los hospitales. Este hecho lleva implícitamente asociada la necesidad

de disponer de más medios para garantizar la conservación de los medicamentos, así como la incorporación y utilización de nuevas tecnologías para garantizar su trazabilidad durante todo el proceso farmacoterapéutico.

Lo primero que tenemos que saber es: ¿Qué son medicamentos termolábiles?

Son los fármacos más susceptibles o sensibles a los cambios bruscos de temperaturas. Por ello, la conservación adecuada de estos medicamentos es prioritaria para mantener su actividad farmacológica de forma óptima. Las condiciones de almacenamiento que necesita el fármaco pueden ser distintas a partir del momento en que se reconstituye el preparado. Es el caso de diversos medicamentos, muchos de ellos jarabes infantiles, en forma de suspensión, que han de conservarse en nevera y durante un periodo limitado de tiempo desde que se realiza la mezcla con agua.

En efecto, las modificaciones que pueden asociarse a la ruptura de la cadena de frío suponen un riesgo en la eficacia y seguridad de los medicamentos, con importantes repercusiones clínicas, y llevan implícitas importantes pérdidas económicas para el sistema sanitario. La eficacia de los medicamentos y su seguridad depende entre otros factores, de una correcta temperatura de almacenamiento. Su conservación incorrecta puede significar, además, un riesgo elevado para la salud de los pacientes.

2 Objetivos

Describir la correcta conservación de medicamentos termolábiles en la cadena de frío, así como la importancia y las funciones del TCAE en esta.

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 general, los factores más importantes que debemos tener en cuenta y que intervienen en la termoestabilidad son:

- Temperatura - Que juega un papel crítico en el proceso de conservación de los medicamentos. Los cambios de la misma aceleran todos los procesos de degradación, produciéndose cambios físicos y químicos del medicamento. Las bajas temperaturas pueden facilitar el deterioro de algunos materiales plásticos o la formación de gránulos en ciertas vacunas, ya que las altas temperaturas pueden verse afectadas propiedades químicas, físicas, terapéuticas y toxicológicas.
- Luz, humedad, radiaciones, microorganismos: La modificación de estos elementos acelera todos los procesos de degradación, produciéndose cambios físicos y químicos en el medicamento. La alteración del material de acondicionamiento puede disminuir la capacidad protectora sobre el mismo.

Objetivos de la cadena de frío:

- Comprobar y registrar las condiciones en las que se encuentran las especialidades farmacéuticas termolábiles.
- Asegurar que los medicamentos sean conservados debidamente dentro de rangos de temperatura establecidos, para que mantengan sus propiedades originales.
- Detectar cualquier modificación en sus características físico-químicas.
- Conocer el protocolo de actuación en caso de pérdida de frío en el medicamento.
- Establecer un procedimiento normalizado de trabajo en caso de rotura de cadena de frío.

Algunas medidas importantes:

- La nevera, cámara o frigorífico deben contar con termómetro y de manera rutinaria se debe verificar que la temperatura se mantenga entre 2 °C y 8 °C.
- Los medicamentos han de permanecer en el estante intermedio. No deben retirarse de este lugar, a no ser que sea necesario para efectuar la limpieza y desinfección de la nevera o refrigerador.
- Utilización de acumuladores de frío para conservar la temperatura de la nevera portátil para su traslado a la planta en medicamentos congelados. Esta temperatura se monitoriza, sobre todo, para las vacunas antigripales.
- Cuando se extraen de la nevera o envase isotérmico, se deja a temperatura ambiente unos segundos para evitar un exceso desproporcionado de frío.
- Anotar o registrar la temperatura real del medicamento.
- Evitar el contacto directo con la medicación termolábil.
- Abrir la cámara frigorífica solo en caso de que sea necesario e imprescindible.
- Minimizar el tiempo en su transporte y almacenamiento.
- Evitar un excesivo enfriamiento del medicamento.

Algunos de los procedimientos de actuación a tener en cuenta:

- Comprobar el estado del medicamento, tanto el envase como la temperatura a la que se encuentra.
- Almacenar en el envase isotérmico con los acumuladores de frío, de ser necesario.
- Comprobar las existencias, con el fin de asegurar la disponibilidad de vacunas en todo momento y evitar excesos de almacenaje o faltas.
- Formación del personal de enfermería de reciente llegada al centro.
- Analizar y archivar las hojas de registro de temperatura enviando copia a la Dirección de Enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Este estudio se centra fundamentalmente en el efecto que ejerce la temperatura ambiente sobre los medicamentos de naturaleza termolábil. No conviene olvidar las desastrosas consecuencias derivadas de un almacenamiento a temperatura excesivamente baja, práctica muy habitual en la rutina médica, que se ve reflejada en algunos estudios de conservación de medicamentos.

Los datos presentados pueden ser un punto de referencia en la toma de decisiones ante una posible ruptura de la cadena de frío de los medicamentos termolábiles, así como para facilitar la resolución de consultas relativas a este aspecto realizadas al Servicio de Farmacia por los profesionales del hospital y los pacientes. En el desempeño de las funciones del TCAE, se pueden observar como el desproteger la termoestabilidad de estos medicamentos conlleva la pérdida de la resistencia o potencia de los mismos, llegando a producir toxicidad.

Por ellos, se debe de tener claro cuáles son los medicamentos con los que hay que tener mayor protección, diferenciando los que tienen mayor resistencia a las variaciones de temperatura.

6 Bibliografía

1. <https://www.sefh.es/pdfs/ConservacionDeMedicamentos.pdf>
<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria>.
2. Protocolos obtenidos en el centro hospitalario trabajado.

Capítulo 217

CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL ENFERMO DE ALZHEIMER

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

El Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas.

Los enfermos de Alzheimer son uno de los principales colectivos que requieren de los servicios de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

La enfermedad de Alzheimer es responsable entre un 60 y un 80 por ciento de los casos de demencia. El Alzheimer no es una característica normal de envejec-

imiento. El factor de riesgo conocido más importante es el aumento de la edad, y la mayoría de las personas con Alzheimer son mayores de 65 años.

El Alzheimer es una patología de origen multifactorial, condicionadas por factores genéticos y/o ambientales, en la que también influyen otros como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo o la diabetes.

En los últimos años en España la prevalencia del Alzheimer ha aumentado considerablemente, en paralelo al incremento de la expectativa de vida y envejecimiento de la población. Afecta entre un 5 y un 10 por ciento en los adultos mayores de 65 años, unas cifras que se duplican cada 5 años hasta alcanzar una prevalencia de aproximadamente un 50 por ciento en la población mayor de 85 años.

2 Objetivos

Describir la importancia y funciones del TCAE en el cuidado del paciente con Alzheimer mediante la exposición del un caso clínico.

3 Caso clínico

Un hombre de 65 años de edad, que tiene enfermedad de Alzheimer con un deterioro cognitivo moderado. Ingresa en nuestra residencia por dificultad de la familia de manejar en el hogar los síntomas psicológicos y conductuales que presenta. En la valoración tiene afectada las áreas de la orientación temporoespacial, la memoria episódica y reciente, la capacidad de concentración y cálculo. Su lenguaje es coherente aunque repetitivo, comprende órdenes simples y mantiene la capacidad lectora.

Presenta una deambulación errática, inquietud psicomotriz u en ocasiones alucinaciones, agitación y ansiedad. Así como alteración del sueño.

Precisa ayuda para las actividades de la vida diaria. Ha mostrado un especial interés en las actividades de música, lectura y pintura.

En nuestro centro, la terapeuta ocupacional y la animadora sociocultural son las que llevan acabo la valoración y la puesta en marcha de las terapias no farmacológicas tanto individuales como grupales.

En este caso intentaremos proporcionarle un entorno seguro, vigilancia, reconducirlo a un entorno tranquilo. Transmitir calma paseando y pintando que en este caso son dos actividades que le gustan y le relajan.

Evitaremos ruidos nocturnos, no discutir, ni seguir, ni negar ideaciones. Dar respuesta neutras. Reconducir las conversaciones así poder tener un entorno seguro para todos y evitar si hay desencadenantes.

Además se le pueden asignar tareas que le gusten, así reforzaremos la positividad. Facilitaremos en la medida de lo posible que sea lo más autónomo posible y fomentaremos la participación en las actividades sociales del centro.

En este caso se ha trabajado la estimulación cognitiva, arteterapia, musicoterapia, terapia con animales, estimulación multisensorial; siendo muy buena la respuesta de paciente en todas ellas, relajándose y manifestándose más contento y afectivo. Lo que pretende este tipo de terapias es estimular el rendimiento de los procesos cognitivos mejorar el bienestar y la afectividad de los pacientes.

4 Discusión-Conclusión

Es imprescindible la formación continuada en el conocimiento de la Enfermedad del Alzheimer, las intervenciones generales y específicas que debemos aplicar tanto a nivel conductual, de comunicación y en el entorno, así como de las terapias no farmacológicas, para poder proporcionar cuidados de calidad e individualizados, a fin de mejorar el bienestar tanto del paciente como de su familia.

Recaltar la importancia de la adaptación de los entornos residenciales, que sean más seguros hogareños e íntimos y del desarrollo de la atención centradas en las necesidades de las personas, dotando a los centros residenciales los recursos necesarios para ello.

Los profesionales de atención directa debemos dominar las técnicas generales de comunicación tanto entre nosotros como con los familiares, de esta manera mejoraremos la calidad de los cuidados y prevendremos cuando sea posible la aparición de nuevos síntomas.

5 Bibliografía

1. sanidad.gob.es (plan integral del Alzheimer) congresonacionaldelalzheimer.org.

Capítulo 218

PROSOCIALIDAD Y EMPATÍA EN TEA EXPUESTO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

DORA ELCY NARANJO CHICA

ANGELICA CABALLERO GOMÈZ

LIA ZELFA ALTEZ OBISPO

MARIA JOSEFA MORENO GONZALEZ

MARÍA ANGELES SÁNCHEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El trastorno del espectro autista está enmarcado según el manual de diagnóstico DSM-V dentro de los trastornos del desarrollo específicamente de los neurológicos. De forma principal, el TEA se ha caracterizado por presentar déficits persistentes de la comunicación y de la interacción social, tanto como por patrones del comportamiento, intereses o actividades que son restrictivas o estereotipias, estas alteraciones ya están presentes en los primeros años de vida del niño. Es uno de los rasgos más significativos de este trastorno, el que sean estas alteraciones en el área de lo social, son incluso evidentes en las edades más tempranas por la falta de interacción con los progenitores. La conducta prosocial ha englobado

conceptos como la empatía, cooperación, altruismo y ayuda entre muchos otros, y puede constituir un término mucho más general para poder designar toda conducta social de forma positiva con o sin una motivación altruista. Por lo tanto, el correcto desarrollo del área se puede traducir generalmente en los niveles adecuados de la autoestima, empatía y la capacidad que tienen de resolución de los problemas interpersonales que, en un principio, se encuentran afectados en los pacientes con este trastorno.

Hay que tener en cuenta la necesidad que existe en usar el tipo de intervenciones en personas de este colectivo TEA, el asunto que existe es muy distinto. En la literatura existente apenas se encuentran artículos que hayan estudiado aspectos de la prosocialidad y la empatía en este tipo de población a estudio, y la mayoría de los resultados apuntan a que estos trabajos son difíciles de hacer generalización, de forma principal por presentar limitaciones importantes en cuanto al tamaño y características de las muestras, por falta de los grupos controles y la falta de métodos de doble ciego. Con respecto a este último apunte se propone un protocolo en cuatro fases de cara al diseño y la implementación de intervenciones psicosociales en los sujetos TEA. En un primer lugar, es necesario realizar los estudios en un inicio acerca de su eficacia de las intervenciones o técnicas concretas.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es poder mostrar los resultados de la prosocialidad y empatía en el Trastorno por Espectro Autista resultado de una revisión sistemática realizada por TCAE.

3 Metodología

Este trabajo ha incluido una revisión sistemática de la literatura científica existente relacionada con las intervenciones en cuanto a prosocialidad y empatía que se han dirigido a personas con TEA. Para una correcta elaboración, se han elaborado las directrices propuestas en las declaraciones por este trastorno de varias publicaciones.

4 Resultados

La inmensa mayoría de los estudios nos señalan que es muy posible un incremento en el área prosocial y de empatía en las personas con TEA usando difer-

entes técnicas, pueden servir de nexo para la presentación y una adecuada comprensión de resultados. Varios de los artículos que hemos estudiado han empleado técnicas de modelado con vídeo en sus intervenciones, utilizando una posterior interpretación de forma conjunta de las secuencias entre los sujetos y los terapeutas. Los resultados han sido positivos en todos los casos estudiados, y se ha producido incluso una generalización a otros contextos. De la misma forma, otros dos de los artículos han empleado el mismo soporte mediante un automodelado en las que se ha mostrado a los sujetos la realización de conductas prosociales, como el mantener contacto ocular, el devolver un saludo, poder mantener la distancia adecuada o expresiones verbales empáticas de forma empáticas que han sido entrenadas previamente. Los resultados han mostrado mejoras en todas las áreas que han sido trabajadas con esta técnica.

Varios artículos han empleado varias técnicas artísticas en las intervenciones. Estas técnicas han incluido una terapia de danza que se ha basado en el movimiento reflejado en un espejo para algunos artículos y en otros se ha usado la imitación y sincronización basados en la danza y el movimiento, esta terapia se ha basado en el contacto musical y en la terapia mediada por un ritmo respectivamente para los restantes. En ninguno de los casos se han obtenido resultados positivos en todas las áreas que se han trabajado, aunque en los casos de los artículos que contaban con presencia del grupo control, se han apreciado diferencias de forma significativas y positivas para los grupos que han sido experimentales y se han podido apreciar la mejora en los niños normotípicos que han tenido contacto con los niños con TEA.

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión se ha determinado la efectividad de las distintas intervenciones que se han dirigido a mejorar la prosocialidad y empatía en personas con autismo, también a identificar los posibles factores que son determinantes. Para esto se ha llevado a cabo un análisis de los artículos, así como una exhaustiva valoración de los puntos fuertes y de las limitaciones, partiendo de las diferentes técnicas y de los programas empleados. Respecto al modelado en el vídeo que se ha empleado por algunos de los artículos se puede afirmar que el modelado en el vídeo ha presentado una mayor efectividad en la adquisición, mantenimiento y la generalización en los individuos con autismo que en el modelado en vivo.

6 Bibliografía

1. LaCava, P., Rankin, A., Mahlios, E., Cook, K. & Simpson, R. (2010). A single case design evaluation of a software and tutor intervention addressing emotion recognition and social interaction in four boys with ASD. *Autism*, 14(3), 161-178. doi: 10.1177/1362361310362085.
2. Lozano, J. & Alcaraz, S. (2011). -Software educativo para la enseñanza de competencias emocionales en alumnado con trastornos del espectro autista. *Educación XXI*, 14(2), 189-212. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/viewFile/250/206>.

Capítulo 219

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LA MADRE Y AL NEONATO

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

El embarazo deseado, suele ser una de las etapas más bonitas para la pareja. Es el estado fisiológico de la futura madre, que comprende desde el momento del inicio de la concepción, su evolución hasta finalizar en el parto. Consta de 40 semanas con duración de 280 días, más o menos.

Los primeros signos, que nos ponen en alerta, de un posible embarazo, cuando la mujer está en edad fértil, es que tenga ausencia de regla, náuseas, vómitos, aumento de las mamas, manchas en la piel y en la cara.

Comprobaremos dicho embarazo con el test inmunológico de la HCG en orina, suele ser efectivo, en un 95 % si se utiliza después de la 1ª semana de falta de regla, si diera negativo y siguen los síntomas se debe repetir a los 7 días.

El diagnóstico final de embarazo nos lo dará una ecografía, el latido cardíaco fetal; ECO, doppler.

El parto dará lugar al término del embarazo, este podrá ser:

- Parto eutócico: no necesita ayuda de materiales obstétricos, todo transcurre mediante las contracciones y la dilatación del cuello uterino, dando lugar a la bajada del feto.
- Parto distócico: necesita de material obstétricos (espátulas, fórceps, ventosa), se necesita anestesia.

2 Objetivos

Describir la importancia y funciones del personal de enfermería a la madre y al neonato en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Usando descriptores como: embarazo, parto distócico y eutócico, gestación, ecografía, recién nacido y feto.

4 Resultados

Dentro del plan de actuación, deberían iniciarse las visitas a las consultas de obstetricia en el momento en que la pareja decide enrolarse en la aventura de ser padres, ya que desde ese momento hay una serie de exploraciones y de analíticas que son necesarios para el buen término del futuro embarazo.

Si no se ha tenido esas pre-consultas, se deben iniciar lo antes posible, en cuanto la mujer confirme el embarazo hasta el puerperio.

Dichas consultas constaran de:

Reconocimiento inicial.

Entre la semana 8 y 32 se hará un reconocimiento cada 4 semanas.

Entre la semana 32 y 36 cada 2 semanas.

Entre la semana 36 y 40 cada semana.

Pasadas las 40 semanas de 1 a 3 veces a la semana.

Se realizará consulta postnatal a los 7-10 días del parto.

Se realizan pruebas durante todo el embarazo, exploraciones físicas y complementarias, siendo las pruebas especiales las siguientes:

- Test de O'Sullivan: determinar existencia de diabetes gestacional.
- Test de tolerancia oral a la glucosa: se realiza cuando el test de O'Sullivan da positivo.
- Prevención de la incompatibilidad RH(D): si los anticuerpos irregulares da negativa se realizará profilaxis sistemática de la isoimmunización Rh por inmunoglobulina (Ig) Anti-D por vía intramuscular. Si el niño es Rh+ se dará otra dosis antes de 72 horas de nacido.
- Screening de estreptococo B: en el bebé puede aparecer infecciones como septicemia, neumonía o meningitis y en la madre puede aparecer como corioamionitis y endometritis postparto. Para su identificación se harán dos tomas entre las semana 35-37 de gestación, mediante una muestra con torunda en zona vulvovaginal y ano-rectal.
- Rastreo de cromosomopatías y fallos del tubo neural: por medio de ecografías, analíticas.

5 Discusión-Conclusión

Un seguimiento durante el embarazo, atendiendo las necesidades de la futura madre, nos hará ganar su confianza, resolviendo sus miedos, para con su nueva etapa.

Aprovechando esta situación, les indicaremos cómo realizar los cuidados del niño/a para su bienestar, en lo referente a la vestimenta (no apretadas, algodón), pautas para realizar la lactancia (la postura debe ser cómoda, corrigiendo posturas forzadas. El pezón debe quedar a nivel de la boca del bebe para su fácil agarre), la higiene, descanso, sueño (hay que intentar tener una rutina) y comunicación (el bebe se comunicara con los padres mediante el llanto, sonrisa, gestos que imitaran).

En definitiva, todas las pautas, dadas por el personal TCAE, enfermería y matronas, son orientadas para obtener el beneficio, tanto de la madre como del bebé.

6 Bibliografía

1. Alcolea S & Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. 2016. Hospital Universitario de Ceuta. Dirección territorial de Ceuta.

2. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales. Madrid, 1993.
3. Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2010. Ministerio de Sanidad y política social.

Capítulo 220

LA FIGURA DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA CLÍNICA DENTAL

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

El TCAE es un componente más del equipo odontológico y como tal acepta la responsabilidad derivada de la pertenencia en el grupo. Como es lógico la profesionalidad de cada uno de los integrantes se orientará hacia la consecución de un único objetivo: La salud y el bienestar del paciente y su consiguiente fidelización a la consulta. No olvidemos que el paciente es el elemento más importante y la única figura que realmente resulta indispensable en su contexto, ya que si él ninguno de los otros miembros del equipo tendría razón de ser.

El equipo odontólogo básico está formado por un médico odontólogo y un auxiliar que ha de desempeñar también funciones de secretaría. Podría definirse como un "Auxiliar multifuncional" cuyas tareas comprenden diversas áreas:

- Administrativas, operativas, técnicas y de mantenimiento.

- Se trata de un papel ciertamente comprometido que, de manera inevitable, excede con frecuencia las competencias específicas del TCAE.

Como en todos los trabajos y servicios la comunicación es super importante aunque en muchos casos no sea fácil, la profesionalidad del equipo es percibida por el paciente en todo momento ya que es el que nos observa y saca conclusiones sobre nuestro aspecto, manera de presentarnos, nuestro comportamiento y la atención que prestamos al entorno.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la figura del auxiliar de enfermería en la clínica dental.

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 y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE realiza una serie de funciones, responsabilidades y obligaciones con respecto a los otros componentes del equipo:

Algunas funciones del TCAE:

- Recibe y acoge a los pacientes.
- Gestiona las citas.
- Controla y actualiza los ficheros.
- Se relaciona con proveedores y colaboradores externos.
- Desarrolla actividades diarias de orden administrativo, utilizando también tecnología informática.
- Prepara el área de intervención quirúrgica.
- Asiste al operador durante la ejecución de las prestaciones, almacena y gestiona los materiales dentales.
- Maneja y prepara los materiales.
- Repone diariamente el material de los muebles rodantes.

- Reponer el almacén de material.
- Archiva y cataloga el material radiográfico.
- Ordena, limpia, desinfecta, esteriliza y prepara el instrumental y los aparatos.
- Descontamina, ordena y desinfecta los ambientes de trabajo.

Algunas responsabilidades y obligaciones con respecto a los otros componentes del equipo:

- Tratar a todos los componentes del equipo con respeto y trabajar con espíritu de colaboración.
- Realizar atentamente sus funciones sin intentar descargar en otros sus responsabilidades.
- Ayudar a los demás cuando está libre.
- En caso de urgencia, poder interrumpir el desarrollo de sus tareas para ayudar a los demás.
- Esforzarse para ser puntual y asistir con regularidad al trabajo.
- Mantener una permanente actualización de conocimientos.
- Atender las quejas con diplomacia e inteligencia.
- En caso de que no consiga trabajar en armonía con los restantes miembros del equipo, es conveniente que se plantee la posibilidad de renunciar a la convivencia impuesta por esta actividad profesional.

Por último, algunas responsabilidades a tener en cuenta en relación con el odontólogo:

- Ofrecer el apoyo total e incondicional al odontólogo y dirigirse a él con dignidad y respeto.
- Aceptar sus métodos de trabajo y compartir su convicción por el valor de la prevención oral.
- Mantener la máxima discreción y reserva hacia todo aquello que ve y oye en la consulta odontológica en relación con el dentista, el paciente o los demás integrantes del equipo.
- Mantener un comportamiento profesional para ofrecer al paciente una imagen positiva del equipo odontológico y del propio dentista.
- Como podemos ver hay bastantes variedades de funciones, responsabilidades y obligaciones del TCAE en una clínica dental.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el auxiliar debe tener las siguientes características para poder realizar una buena asistencia y de gran calidad proporcionada en la clínica:

- Sensibilidad y compasión, así como la capacidad de respetar la dignidad y el sentido de cada paciente.
- Trato individualizado para cada paciente.
- Habilidades de comunicación para apoyar a los pacientes y crear un entorno de confianza.
- Fortaleza emocional, ya que algunos tratamientos pueden ser estresantes o dolorosas.
- Habilidades de observación, por ejemplo, detectar cambios en la condición del paciente.
- Capacidad para tomar notas detalladas y precisas y redactar informes breves.
- Tener iniciativa propia.
- Habilidad para trabajar en equipo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 221

PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN PARA PACIENTES CON COVID-19 PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

1 Introducción

La enfermedad por coronavirus ,es una enfermedad infecciosa causada por el SARS-COV2, la cual hizo su aparición en 2019, en China y que fue rápidamente extendida por el mundo gracias a la globalización.

La Covid comúnmente llamada produce síntomas como fiebre ,tos ,disnea, dolores musculares y fatiga. Depende de la gravedad de la misma los síntomas serán más o menos severos.

La transmisión el Covid se produce mediante pequeñas gotas que se emiten al hablar ,al toser ,estornudar o espirar por ejemplo. Los síntomas suelen aparecer entre los dos y los catorce días del contacto con la persona infectada.

Aunque desde la aparición de la enfermedad y la extensión por todo el mundo han ido apareciendo nuevas cepas que han ido variando la forma del virus . Hay

en algunas de estas cepas donde los síntomas aparecen sobre los dos días del contacto o tienden a ser sintomatología bastante más leve que en cepas anteriores. Aunque hoy en día conocemos muchos más datos e información de esta enfermedad que al principio fue tan desconocida y al cierre de todas las fronteras y con ello al caos mundial. Afortunadamente la evolución del virus hoy en día es mucho menos virulento que en su aparición, que dejaba miles de muertos diarios por todo el mundo.

2 Objetivos

Conocer las medidas de prevención de infección del virus de la Covid para trabajar de la forma más segura desde la posición del TCAE.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo la búsqueda incesante en páginas de divulgación científica por internet, también en los protocolos obtenidos por mi experiencia trabajando en planta Covid desde el comienzo de esta pandemia mundial en los últimos años, supervisados por los responsables de la unidad.

4 Resultados

Desde la aparición de la enfermedad de la Covid, y el conglomerado de casos de neumonía causada por coronavirus aparecidos en China, el brote de casos se extendió rápidamente por el mundo sin apenas orientación o recomendaciones de cómo proteger a la población.

Dada la alarmante propagación de la enfermedad tanto la Organización Mundial de la Salud como los gobiernos de todo el mundo empezaron a tomar medidas basadas en virus respiratorios con experiencia parecida a este virus.

Los síntomas que produce la Covid pueden darse de forma más o menos grave dependiendo del sistema inmune del paciente, pacientes con currículum respiratorio y la edad entre muchos otros factores.

Los síntomas más leves van desde la fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. Los más graves pueden producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis, choque circulatorio, y un largo, etc. Por tanto depende de la gravedad de la enfermedad en el paciente se usarán unos materiales u otros para tratarlos.

Aunque siempre como mínimo necesitaremos lo básico y siempre que se pueda serán de un solo uso.

Cuando un paciente llega a la habitación del hospital debe haber: jabón desinfectante para lavado de manos, equipos de protección individual como mascarillas y guantes, pañuelos de usar y tirar, contenedor para tirar basura con tapa y pedal para no tener que tocar nada, equipos para la toma de las constantes como termómetro y tensiómetro que siempre se quedarán dentro de la habitación mientras que el paciente permanezca ingresado. También habrá dentro de la habitación los equipos necesarios para la correcta ventilación y respiración del paciente, como oxígeno y diferentes gafas nasales. La ropa de cama y las toallas, y material de higiene necesario que estarán dentro de la habitación con bolsas cerradas para su lavado separado posteriormente.

El material siempre que se pueda será de un solo uso. Los materiales que tienen contacto directo con el paciente deberá ser desinfectado después de cada uso.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que queremos obtener es que tanto el TCAE como el resto de profesionales sanitarios debe estar al tanto y participar en todo momento en la preparación de la habitación como en la realización de todas las tareas de la forma más segura y con el menos tiempo de exposición posible, acabando por reponer el material que se acabe. Lo fundamental es tener todo lo necesario a mano para exponernos al peligro lo menos posible y siempre siguiendo un protocolo establecido y que será renovado habitualmente para mejorar y no fallar en ningún aspecto posible. De esta forma estaremos protegidos nosotros y el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 222

PACIENTE CRÍTICO, CUIDADOS BÁSICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

En el presente capítulo, lo que se pretende establecer es una formación integral y generalizada que incluye conceptos, actitudes y habilidades en relación con el paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y trabajos del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en esta unidad.

La unidad de UCI es un equipo de profesionales sanitarios que ofrece una asistencia específica para cada paciente y que requiere de unos requisitos funcionales, estructurales y de organización que garanticen la calidad de cuidados que necesita este tipo de pacientes.

Para ello este estudio se basará en los cuidados y técnicas que, con más frecuencia, se precisan en esta unidad, que serán los siguientes:

- Preparación del box y las funciones del TCAE en el mismo.
- Actuación ante un ingreso en UCI (actuación y peculiaridades de cada especialidad).
- La higiene tanto del paciente como del aparataje para prevenir posibles infecciones.
- La movilización del paciente, sus cambios posturales y la importancia de los mismos.
- El control del balance hidroelectrolítico que nos mostrará lo importante de mantener un buen equilibrio del mismo y su repercusión ante una alteración de dicho balance.
- Cómo cuidar y prevenir las úlceras por presión en pacientes de larga estancia en una cama de enfermos críticos.
- Actuación en situaciones de emergencia.
- Las diferentes resoluciones del paciente como pueden ser el alta hospitalaria, el traslado de unidad, la muerte o la donación de órganos.

Una Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) es una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un área específica del hospital y que tienen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan la seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a personas que requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de dos órganos o sistemas, además de la asistencia a pacientes que requieren un menos nivel de cuidados.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE ante el paciente crítico en el centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Lo principal es ofrecer tanto al paciente como al personal sanitario un ambiente de la unidad que minimice la tensión, algo esencial para lograr este objetivo es la luz natural, por ello la unidad debe disponer de una ventana para la correcta recuperación orientativa del paciente así como del ciclo circadiano. Es esencial que los pacientes ingresados en UCI dispongan de privacidad en habitaciones o boxes separados entre si pero con puertas de cristal para ser visibles desde el control de la unidad. Se requiere un sistema de control ambiental del aire de la habitación con renovaciones de aire.

Uno de los aspectos primordiales de la unidad es su aparataje y saber interpretar correctamente todos los parámetros visibles en el monitor.

El TCAE de UCI tiene que ser capaz de infundir tranquilidad y confianza al paciente y de la misma manera saber trabajar en equipo. Al notificarse un ingreso en la unidad, la función del TCAE será la de preparar la habitación para el paciente y se hará cargo del material complementario necesario para dicho ingreso (vasos, termómetro, batea, conexiones, material de oxigenación, material de aspiración, útiles de limpieza).

El TCAE será responsable de una correcta higiene del paciente, que en este tipo de servicio, todas suelen ser en cama. El lavado se organiza por áreas corporales, empezando por la cara y terminando por las extremidades inferiores y zona perineal.

La cara se lavará con agua sin jabón para evitar irritaciones oculares y una vez seca se continuará por las extremidades superiores ya con jabón, empezando por axilas y terminando por los dedos, secando siempre antes de seguir avanzando. Se continuará por el tórax, abdomen, miembros inferiores y terminaremos con la zona perineal con el mismo protocolo de enjabonar, aclarar y secar. Una vez terminamos con la zona anterior, posicionaremos al paciente en decúbito lateral para proceder con la espalda con el mismo protocolo, siempre observando la piel del paciente durante todo el proceso de higiene para comunicar el estado de la misma en las incidencias.

El paciente siempre se movilizará sin crear fricción con la ropa de cama y sus cambios posturales se harán cada cierto tiempo dependiendo del estado de la piel y del peso del paciente para prevenir las úlceras por presión y poder mejorar las ya existentes si las hubiera.

Existe una relación entre la cantidad de líquidos ingeridos y eliminados que garantizan el correcto funcionamiento fisiológico del organismo de tal manera que se debe eliminar la misma cantidad que se ingiere.

Todo el personal sanitario debe saber como actuar ante una situación de emergencia y para ello es primordial saber hacer correctamente una reanimación cardiopulmonar ya que es de las situaciones que más se viven en un centro hospitalario cuyo protocolo es: la apertura de las vías aéreas, oxigenación adecuada y masaje cardiaco.

Todo ingreso hospitalario termina en el alta del paciente, traslado a otro servicio o residencia sanitaria, muerte o donación de órganos. En caso de alta o traslado el TCAE debe mostrar cariño hacia el enfermo en la despedida, ante la muerte, ese cariño será para los familiares mostrándoles respeto y apoyo ante la pérdida, en el caso de donación de órganos se procederá igual y se trasladará al paciente a quirófano para la extracción de órganos.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel fundamental en el servicio de la Unidad de cuidados intensivos (UCI) es por eso que necesita de una formación especial para el control e interpretación del aparataje así como de la higiene y correcta movilización del paciente ya que difiere mucho de las necesidades de los pacientes de otros servicios o unidades. Creo necesario el reciclaje en este tipo de servicios de cualquier personal sanitario que decida trabajar en esta unidad para poder formar un equipo competente capaz de solventar las necesidades de la unidad sin que pueda suponer un riesgo ante el desconocimiento.

6 Bibliografía

1. Protocolos obtenidos por la supervisión del servicio. www.revistamedica.com
<http://scielo.isciii.es>.

Capítulo 223

MEDIDAS DE PRECAUCIÓN EN PACIENTES CON VIRUELA DEL MONO PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

ELIA MORENO QUIÑONES

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

La viruela del mono es una enfermedad causada por un virus. Esta enfermedad se transmite de animales a humanos y también de persona a persona. Se le adjudicó ese nombre porque se eyecto en varios simios en un laboratorio en 1958. En cambio la mayoría de animales susceptibles de contraer la enfermedad y después contagiar son los roedores, lirones y perros de praderas.

Los síntomas de esta enfermedad son fiebre, dolor de cabeza intenso, dolor muscular, dolor de espalda, poca energía, ganglios linfáticos inflamados. Quizás el síntoma más característico sean las erupciones o lesiones o costras en la piel

llenas de líquido amarillo, normalmente aparecen en la cara ,en las palmas de las manos y en los pies. Estos síntomas suelen durar entre dos y cuatro semanas.

Típicamente esta enfermedad se encuentra en selvas tropicales de África. Actualmente en un mundo tan globalizado podemos encontrar miles de casos por toda Europa y el mundo. En este año 2022 se han confirmado ya 1600 casos confirmados y 1500 sospechosos en 39 países diferentes. 7 países donde suele propagarse y 32 nuevos países donde no habían casos. También se ha confirmado la muerte de 72 personas contagiadas en países afectados.

En la mayoría de casos los contagiados pueden aislarse en casa y no es necesario estar en el hospital pero debido a la gran ola de contagios actuales los últimos meses se ha endurecido el protocolo de actuación ante esta enfermedad.

2 Objetivos

Conocer esta enfermedad y saber protegerse ante un caso ya que el personal sanitario está muy expuesto al trabajar con personas que han contraído el virus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 los últimos meses se han identificado miles de casos de viruela del mono en varios países no endémicos. No siendo esto nada habitual en el patrón de la enfermedad. Por ello como TCAES y ante la posibilidad de tener que atender pacientes con esta enfermedad, debemos saber cómo protegernos de resta posible infección.

¿Cómo se propaga la enfermedad?

Las personas que tienen esta enfermedad son contagiosos mientras tengan síntomas. La enfermedad se contrae a través del contacto físico con alguien afectado. Como por ejemplo el contacto a través de fluidos, pus, semen o sangre de lesiones de la piel como costras. A través de la saliva, flujos y parejas sexuales. También

con el contacto con objetos como ropa, toallas o ropa de cama y objetos o utensilios para comer.

¿Cómo puede protegerse el TCAE?

Manteniendo al paciente aislado, cubriendo lesiones, llevando equipos de protección individual como mascarilla y pantalla si tose. Llevando guantes para evitar él piel con piel. Usar bata cuando vayamos a tener contacto con ropas o utensilios de la persona enferma. El lavado de manos frecuente es imprescindible, como el uso de desinfectantes alcohólicos. Su ropa deberá ser lavada por separado y con un programa especial usando altas temperaturas. Siempre que se pueda se usarán utensilios de un solo uso. Y muy importante eliminar sus desechos en un contenedor exclusivo para el paciente.

Lo primordial en este momento es que la población esté informada, y que haya gran concienciación sobre la enfermedad. Así evitaremos contagiar y ser contagiados. La OMS advierte actualmente que aunque existen vacunas nuevas y seguras, no se recomienda actualmente la vacunación masiva.

Por ellos actualmente se están llevando acabo estudios para comprender mejor la epidemiología para comprender las fuentes de infección y las características de transmisión.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que aire obtener es que tanto el TCAE como los demás profesionales sanitarios debe conocer las características básicas de esta enfermedad y conocer los protocolos de actuación ante ella para protegerse de forma correcta y poder atender a los pacientes en todas sus necesidades básicas diarias y poder realizarles la higiene diaria sin mayor riesgo, ya que aunque los pacientes puedan aislarse en casa en los nuevos protocolos sanitarios los afectados deben aislarse en el hospital para intentar detener de la forma más rápida y eficaz esta enfermedad antes de que se siga propagando y se convierta en una enfermedad endémica también en países que no lo era.

6 Bibliografía

1. <http://news.un.org> (Naciones Unidas) <http://who.int>.
2. Protocolo obtenido del servicio de sanitario de infecciosos.

Capítulo 224

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL

YAMINA MOHAMED HAMED

AURORA ELOÍSA MORENO LÓPEZ

ÁNGELES RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

El primer paso para tratar a un paciente terminal empieza por perder el miedo a la muerte y considerarla como un ciclo natural. Además, los buenos médicos necesitan establecer una buena comunicación entre los pacientes y sus familias. Esto aumenta la autoestima del paciente.

También se debe agregar que el cuidado de los pacientes terminales es administrado por un equipo multidisciplinar. Este equipo está formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, consejeros, ayudantes y terapeutas. El equipo trabaja en conjunto para brindar comodidad y apoyo a los pacientes y sus familias.

La enfermedad terminal está definida por los siguientes elementos: la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; falta de posibilidad de respuesta al tratamiento específico; y la existencia de síntomas en aumento según se agrava la enfermedad. Asimismo, estos elementos dan lugar a una serie de

situaciones como puede ser el impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico. La familia del paciente actuará como integrante del equipo de cuidados paliativos y deberá proporcionársele formación y apoyo debido al desgaste emocional que supone tener que cuidar a un paciente paliativo. Con esta definición quiere decir que el papel del TCAE es muy importante en este tipo de pacientes para realizar las tareas que no pueden realizar por ellos mismos.

2 Objetivos

El objetivo principal es el de explicar las funciones que desempeña el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) ante los 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 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

Estas son algunas de las funciones que realiza el TCAE ante los pacientes terminales:

- Higiene:

Los pacientes con enfermedades terminales a menudo están postrados en cama, por lo que la limpieza generalmente la realiza el TCAE.

Protegeremos la privacidad de nuestros pacientes en todo momento y mantendremos las condiciones óptimas para su comodidad.

Comenzaremos con la higiene ocular, limpiando periódicamente con gasas empapadas en suero fisiológico para evitar la acumulación de secreciones y la desecación de la córnea. Luego seguiremos la secuencia habitual de acicalamiento, dejando los genitales en último lugar.

- Alimentación:

Primero, evaluar la tolerancia del paciente adaptándose a lo que le gusta y nunca forzándolo.

Reduciremos la cantidad y proporcionaremos alimentos apetecibles al paciente, pondremos al paciente en una posición cómoda en el momento de la toma. Después de cada comida, es importante practicar la higiene bucal.

- Eliminación:

Como el estreñimiento es generalmente frecuente en estos pacientes debido a la medicación y la inmovilización, se hará especial hincapié en aumentar la ingesta de líquidos, laxantes prescritos médicamente, así como, en caso necesario, la administración de enemas.

Otro problema habitual son los vómitos y las náuseas, que intentaremos reducir o evitar con las siguientes recomendaciones:

La respiración profunda reduce el reflejo nauseoso,

Evitaremos olores desagradables y fuertes en las horas de la comida

Se debe evitar la aspiración colocando al paciente en posición lateral, a menos que esté contraindicado, durante el vómito.

- Descanso:

Tomar una siesta corta durante el día.

Realizar cambios de posición cada 2-3 horas para mejorar el descanso.

Tomar ciertas medidas como masajes para hacerlos más cómodos.

- Manejo del dolor:

Nos aseguraremos de que el paciente reciba el tratamiento de alivio del dolor necesario prescrito por el personal médico.

Además, podemos enseñarle cómo usar técnicas no farmacológicas que pueden ayudarlo a mejorar su condición, como musicoterapia, técnicas de relajación y más.

Estas son algunas de las funciones que desempeña el TCAE antes estos pacientes debido a que no son capaces de realizarlas de forma individual.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el TCAE como el equipo de enfermeras y médicos trabajarán en equipo para que los pacientes terminales se encuentren en un ambiente cómodo y agradable para lograr su salud en los últimos momentos de vida.

Además, estos profesionales deben tener las cualidades y habilidades para hacer frente a esta situación, ya que son ellos quienes pasarán la mayor parte del tiempo

con sus familias, controlando sus emociones y estados de ánimo, expresando simpatía por ellos.

Es importante mencionar la capacidad de TCAE para reconocer el lenguaje no verbal en estos pacientes, interpretar cualquier cambio y alertar a las enfermeras o profesionales de la salud para que puedan tomar las medidas adecuadas.

6 Bibliografía

1. Actuación del TCAE ante la enfermedad terminal <https://congresosicepa.com/actuacion-tcae-enfermedad-termi>.
2. El TCAE ante el paciente crónico y terminal <https://congresosicepa.com/tcae-paciente-cronico-terminal/>.
3. Sistemática de Trabajo TCAES en una Unidad de Cuidados http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm.

Capítulo 225

LAS CAÍDAS: CAUSAS Y PREVENCIÓN

ANA MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La edad, es el factor predominante en las caídas, si bien, cualquier persona y más si pertenece a uno de los grupos de más riesgo (niños, ancianos y enfermos) es candidata de sufrir una caída, y las causas pueden ser de diversa índole, resumiéndose en dos: personal y ambiental (factores intrínsecos y extrínsecos) y las consecuencias de las mismas, de diferente gravedad y repercusión, tanto inmediatamente, como a posteriori. La mayor o menor incidencia de las mismas, se considera un indicador indirecto de los cuidados del personal y su prevención un reto a batir.

Podríamos resumir y definir cómo caída, la consecuencia de cualquier acto involuntario que precipite al individuo hacia el suelo contra su voluntad. Asumiendo ésta circunstancia, el paciente en el ámbito hospitalario es más propenso (si cabe) a sufrir caídas, debido a las especiales circunstancias que desembocan en el proceso: como la edad, el historial de caídas, el deterioro cognitivo y la disminución o nula movilidad.

1. Factores extrínsecos: engloban todo aquello ajeno a la persona: obstáculos, suelos resbaladizos, poca iluminación, ropa y calzado no adecuado, interacción con animales domésticos etc.

2. Factores intrínsecos:

- Cambios producidos por la edad (vista, oído, control neuromuscular).
- Movilización sin ayuda.
- Caídas previas.
- Estado de confusión y/o desorientación.
- Alteraciones clínicas (neurológicas, metabólicas o cardíaca-respiratoria).

- Postoperatorios inmediatos.
- Alteraciones motoras o sensitivas.
- Uso de sustancias psicoactivas.
- Dispositivos externos que dificulten la movilidad.
- Problemas osteoarticulares (artritis, artrosis, etc.).

Se han hecho estudios, que reflejan también, el índice de caídas según el horario y que pone de manifiesto qué la incidencia de las mismas, es más alta por la mañana, donde el paciente se ocupa de su aseo, se levanta sólo de la cama o quiere sentarse en una silla; todo ello sin supervisión. Decece, sin embargo, éste índice en el turno de la tarde, donde el paciente está más acompañado por las visitas y por tanto más estático y vigilado.

Es muy importante, evaluar el riesgo de caídas, en el momento del ingreso, nos dará una visión más concreta de cada paciente y la probabilidad de caerse, se suele hacer en personas mayores y consiste en preguntas sobre su salud en general, anteriores caídas o problemas para caminar. Para evaluar esta última circunstancia, existen una serie de tareas, conocidas como herramientas de evaluación del riesgo y que ponen a prueba su fuerza, su equilibrio y la manera de caminar (marcha). Serían las siguientes:

- Prueba “ Timed Up-and-Go: desde la posición sentado en una silla, ponerse de pie y caminar unos tres metros a nuestro ritmo habitual, volver a sentarnos y medir el tiempo en efectuar la maniobra (más de 12 seg. mayor riesgo).
- Prueba de pararse y sentarse durante 30 seg.: sentado en una silla con los brazos cruzados sobre el pecho, levantarse y sentarse, haciendo repeticiones durante 30 seg. si son pocas, mayor riesgo.

- Prueba de equilibrio en cuatro etapas : consiste en pararse en cuatro posiciones distintas durante 10 seg. incrementando la dificultad:

Posición 1: pararse con los pies, uno al lado del otro.

Posición 2: mover un pie hacia delante, hasta que el empeine toca el dedo gordo del otro pie.

Posición 3: mover un pie delante del otro, hasta que los dedos tocan el talón del otro pie.

Posición 4: pararse sobre un solo pie.

Los parámetros normales, serían mantener la posición 2 o la 3 durante más de 10 seg. y la 4 más de 5 seg.

Los resultados, nos dan a conocer la escala del riesgo y nos indican también, cuál es el problema (el equilibrio, la marcha o la fuerza) y sobre esos parámetros, encontrar medidas seguras y eficaces, para atajar el riesgo de caídas:

- Empezaremos por estudiar, el entorno del paciente (domicilio, hospital) con el fin, de diagnosticar posibles peligros: mala iluminación, alfombras o cables sueltos, escaleras, suelos resbaladizo o exceso de muebles u aparatos en la habitación
- Hacer un examen de la vista y del oído (posible vértigo).
- Llevar un cuidado regular de los pies y sobre todo, un calzado seguro.
- Revisar a menudo, las dosis de los medicamentos y ajustar o cambiar los mismos, a fin de prevenir somnolencia o mareos.
- Tomar, si procede, vitaminas o complementos alimenticios para fortalecer huesos y músculos.
- Hacer ejercicio: caminar o realizar algún tipo de gimnasia pasiva, así como (sería recomendable) alguna visita al fisioterapeuta.
- Utilizar bastón o andador.

Si nos movemos, en el ámbito hospitalario, además de las anteriores consideraciones, tendremos en cuenta:

La existencia de frenos en el mobiliario, cuyo uso, entre directamente en contacto con el paciente (silla, cama).

Barandillas elevadas (evitar precipitaciones).

Correcta iluminación.

Pasamanos y barras de sujeción en los baños, escaleras y pasillos.

Alertas, auditivas y visuales (timbre, señalización en suelo y paredes).

Suelos de material adecuado : antideslizante y de secado rápido.

Acompañamiento permanente en caso necesario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Valorar e identificar la población de riesgo (escala de Downton).

Objetivos secundarios:

- Detectar y evaluar el riesgo de caídas, atendiendo a los diversos factores que intervienen en las mismas.
- Establecer un protocolo de actuación específico entre profesionales, que permita reconocer las causas, sus incidencias y sobre todo pautas de mejora.

3 Metodología

La metodología usada para la elaboración de este capítulo, a sido a través de páginas web y diferentes estudios y protocolos de actuación : elaborando hojas

de recogida de datos, sobre la filiación del paciente, hora de la caída, fecha y lugar de la misma (escala de Morse).

Palabras clave: caídas, ancianos, prevención, caídas recurrentes y miedo a caer.

4 Resultados

Las personas mayores y cada una con sus especiales circunstancias, son aquellos que presentan un mayor riesgo de caídas:

- Anteriores lesiones físicas (antiguas caídas, operaciones).
- Medicación prescrita para el deterioro cognitivo: fármacos sedantes centrales, psicoactivos o antihipertensivos.
- El entorno principal de incidencia de caídas, es la habitación, por ello, se recomienda la ausencia de barreras arquitectónicas, a fin de garantizar un ambiente adecuado para poder desenvolverse con autonomía y seguridad.

Es importante conocer y analizar, las actuaciones encaminadas a prevenir las caídas y conocer las diferentes causas que las propician (ya habíamos citado anteriormente, factores intrínsecos y extrínsecos). Todas estas circunstancias, se pueden anticipar y prevenir, y disminuir así, el riesgo de caídas en general y en el paciente en particular, hacia este último, estaremos especialmente atentos a:

- Una rápida respuesta a las llamadas, situando los timbres y demás formas de alerta, en sitios de fácil accesibilidad.
- Hacer comprobaciones sistemáticas, en cada turno, de los factores de riesgo.
- Mantener la orientación temporo-espacial en el entorno más inmediato del paciente.
- Comprobar que el mobiliario, esté adecuado a las especiales circunstancias de cada paciente, sobre todo, en mayores y con deterioro cognitivo:

Camas a altura adecuada.

Barandillas laterales.

Frenos a punto.

- Comprobar el acceso al baño y sus riesgos específicos: indispensable plato de ducha y colocar barras de apoyo fijas a la pared, cerca de cada componente del inodoro.

Diferentes investigaciones, demuestran que el equilibrio estático y dinámico, alteraciones en la visión y la polifarmacia, nos mostrarían la mejor información sobre el riesgo de una persona en caer y sitúa en el 30% de los mayores de 65 y el 50 % de los mayores de 80 como los más proclives, siendo éstos últimos, los que sufren una mayor incidencia y unas consecuencias más graves en las mismas.

- Equilibrio estático : se mide con la prueba Estación Unipodal.

- Equilibrio dinámico : se mide con la prueba Timed Up and Go.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de caídas, necesita de un concepto general y multidisciplinar del concepto hospitalario, enfocado a crear un entorno seguro y colaborador, tanto con el paciente, como con los diferentes integrantes de las plantillas (TCAEs, Celador@s, enfermer@s y medic@s).

El impacto de las caídas, además de ser trascendental en el proceso de recuperación del paciente a nivel físico , lo es aún más, si cabe, a nivel psicológico, disminuyendo la capacidad funcional y mermando las habilidades sociales, físicas y mentales, incrementando miedos e inseguridades (síndrome post- caída) con pérdida de autonomía e independencia, que genera un deterioro clínico, que retrasa y dificulta notablemente su recuperación.

Por otro lado, y no menos importante, se establece un impacto económico y social, ya que se incrementan ostensiblemente los costes, por el tratamiento adicional de las lesiones y el tiempo de estancia hospitalaria. En muchos casos, nos enfrentamos también a demandas judiciales, con el consiguiente perjuicio económico para la Sanidad y que podrían haberse evitado.

Se dice, que se envejece como se vive, independientemente de la herencia y la estructura genética, nuestros hábitos de vida saludables en la edad adulta (ejercicio, alcohol, tabaco, alimentación) determinan un mejor estado general, físico y cognitivo, que sin duda, nos previenen cara a la tercera edad y sus especiales circunstancias.

6 Bibliografía

1. Imsero.es: protocolo de caídas.
2. Geriatricarea.com.: caídas en adultos.
3. Testimonios directos (diferentes geriátricos donde he trabajado).
4. Tele-asistencia.es.

Capítulo 226

PROTOCOLO DE LIMPIEZA DE LA CAMPANA DE FLUJO LAMINAR PARA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

1 Introducción

Las campanas de flujo laminar son aquellas herramientas que permiten obtener una zona estéril y segura para cualquier para cualquier necesidad dentro del laboratorio. Sobre todo se utiliza para hacer preparados farmacológicos. Como su propio nombre indica tienen forma de campana su material son de acero inoxidable lo que las hace fáciles de limpiar, salvo en su parte frontal que tiene unas puertas de cristal templado tipo guillotina. Aunque como todos los elementos que se pueden encontrar en un centro hospitalario van actualizándose con el tiempo y existen modelos más modernos y de diferente forma.

La campana funciona de la siguiente forma sale el aire de la campana empujado desde un ventilador y atraviesa a través de un filtro HEPA de alta eficiencia,

moviéndose en modo compacto y laminar. Su eficiencia mínima es de un 99'999 %.

Lo que la hace indispensable para miles de preparados y mezclas para usar en diferentes formatos en la farmacia hospitalaria, ya que protege de contaminación externa y cruzada y por tanto estéril.

Hay dos tipos de campana exclusivamente, verticales y horizontales. Están iluminadas con luces tipo led, tiene una superficie de trabajo amplia, tiene un seguro que avisa de la calidad y durabilidad del filtro y una pantalla LCD donde pueden consultarse cosas como las fórmulas .Las campanas son fiables y muy duraderas.

2 Objetivos

- Conocer técnicas de limpieza y acceso a la campana de forma higiénica y correcta.
- Reconocer básicamente los elementos de la campana para poder ponerla en funcionamiento.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo la búsqueda en diversas páginas de internet, también en protocolos obtenidos por mi experiencia, formación y experiencia en esta unidad en los últimos años obtenidos por la supervisión de farmacéuticos y responsables de la supervisión de este servicio.

4 Resultados

La campana de flujo laminar tiene muchos usos. El uso hospitalario suele ser para preparados intravenosos estériles pero también podemos usarlo para preparaciones de medios de cultivo, siembras no patógenas, preparación de soluciones hipertónicas, preparación de mezclas con soluciones intravenosas, llenado de productos estériles, llenado de soluciones parenterales, llenado de antibiótico, preparación de soluciones oftalmológicas, mezclas de fórmulas para bebés y alimentos para ellos. En el medio hospitalario serán más habituales las primeras citadas.

En este tipo de servicios tan específicos es muy importante tener una buena formación ya que no pueden haber errores en la ejecución. Debemos conocer el material que usan enfermeros y por supuesto protocolos de entrada y salida y

limpieza de la campana. La limpieza es muy importante para que las mezclas y preparados sean estériles.

Habitualmente la limpieza se organiza y se hará al acabar la jornada y otra más específica de pieza a pieza semanalmente.

¿Cómo debemos entrar y salir de la sala?

Para entrar a la sala lo primero que deberemos hacer es lavarnos las manos en la sala previa. Nos pondremos la mascarilla y seguidamente unos guantes. Después nos pondremos una bata larga con puño cerrado estéril y seguido doble calza. Cogemos unos guantes estériles adecuados al tamaño que necesitan nuestras manos, los cuales utilizaremos cuando estemos dentro de la sala.

Cuando hayamos acabado y queramos salir ,primero nos quitaremos el primer par de guantes y después la bata y la segunda calza. Después el último guante. Al salir a la antesala volveremos a lavarnos las manos con líquido desinfectante en alcohol al 70 %.

¿Cómo limpiar la campana de flujo laminar?

La sala debe estar provista con toallitas estériles impregnadas en solución alcohólica. Si la zona de trabajo tiene objetos desecharemos cada uno en el lugar correspondiente. Objetos punzantes y/o mezclas en el contenedor amarillo que cerraremos y prepararemos para que sea retirado por limpieza de residuos. Los campos que se utilizan para proteger la mesa serán retirados al contenedor negro. Cogemos varias toallitas para limpiar la campana en su totalidad. Empezaremos de izquierda a derecha y de dentro hacia afuera, arrastrando la toallita con movimientos unidireccionales. Nunca friccionando. Volviendo atrás. Siempre en la misma dirección.

Cuando hayamos acabado apagaremos la campana. Es muy sencillo, dando al botón Off de la pantalla superior. Las toallitas serán desechadas al contenedor negro.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que queremos obtener es que tanto el TCAE como los profesionales de la unidad deben estar y participar en todo momento en el correcto mantenimiento y limpieza de la campana de flujo laminar. Acabando por reponer el material que se acabe en la misma .En esta unidad tan especial y específica es aún mas importante tener unos buenos conocimientos sobre la materia a tratar para evitar errores. Lo fundamental es conocer las técnicas y protocolos y ponerlos en práctica de forma adecuada para garantizar que quede todo libre de contaminación y sea prácticamente seguro su uso para todos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 227

ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE DUELO

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

1 Introducción

La palabra duelo viene del latín dolium su significado es dolor.

Al perder a una persona querida, este dolor, se manifiesta con síntomas físicos y emocionales. Es difícil aceptar que a esa persona no se la volverá a ver más.

Pasamos por diferentes etapas:

- Negación y rechazo.
- Enfado y rebelión.
- Miedo y depresión.
- Tristeza.

Las etapas de recuperación:

- Aceptación.
- Perdón.

- Búsqueda de sentido y renacimiento.

Hay distintos tipos de duelo:

- Duelo anticipado: se da cuando los familiares saben el mal pronóstico, les da la oportunidad de acercarse al enfermo y acompañarlo en sus cuidados de últimos días, así como despedirse de él. Hará que el duelo a su muerte sea más fácil.
- Duelo normal: la sensación de vacío es normal sentirla, los 6 meses posteriores al fallecimiento suelen aparecer signos de tristeza, añoranza, trastornos del sueño, inapetencia, quejas somáticas parecidas a las que sufría el fallecido. El 80-90 % de las personas serán capaces de superar el duelo sin ayuda de profesionales, en los próximos meses.
- Duelo complicado: lo padecen 10-20 % de las personas. Suelen tener los síntomas de rechazo, tristeza, negación, durante años.
- Duelo crónico: son personas que no rehacen su vida, se han parado en el momento del fallecimiento del ser querido.
- Duelo congelado o retardado: es el duelo que no se llora en el momento y que se pospone.
- Duelo enmascarado: sufren dolencias que no asocian con el trauma de haber perdido a un ser querido.
- Duelo exagerado: conocido también como eufórico, niegan la muerte de la persona.
- Duelo retrasado o aplazado: Acción elevada posterior a lo sucedido y no en el momento.
- Duelo ambiguo: se da en situaciones de desapariciones, los sienten lejos físicamente pero cerca psicológicamente, no se sabe cierto si está viva o muerta.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa atención del auxiliar de enfermería durante el proceso de duelo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Usando descriptores como: duelo, perdón, aceptación, negación, fases duelo, tristeza y depresión.

4 Resultados

Como ya hemos comentado, en el proceso del duelo pasamos por diferentes etapas. Es necesario pasar por estas etapas, pero hay que tener cuidado en que no se convierta en un duelo complicado, que podría derivar en un duelo crónico, siendo muy perjudicial para la persona que lo padece.

Las etapas son:

- Negación y rechazo: no puede estar pasando, a mí no.
- Enfado y rebelión: enfado hacia uno mismo y todo lo que le rodea.
- Miedo y depresión: miedo a no saber afrontar la vida sin la compañía del fallecido, suele aparecer cuando el fallecido era el que tenía el rol de anticiparse a los problemas, llevar la economía de la casa, etc.
- Tristeza: pensamientos negativos y sentimiento de soledad.

Las pautas, en que nos podemos basar, para obtener los beneficios que deseamos en el abordaje del proceso del duelo son:

- Terapia con fotos, cartas y vídeos pueden ayudar para poder encontrar esas emociones tanto positivas como negativas y llevar la despedida en paz.
- Importante hacer ver las cosas de otra manera. Pensamientos y actitud negativa del inicio.
- Enfrentarse a hechos que les hace sentir ansiedad, situaciones donde el fallecido era el que solucionaba el problema.
- Pautas para frenar el sentimiento negativo.
- Tener un grupo de amigos donde poder apoyarse.

Con esto obtendremos:

- Aceptación: asumimos lo sucedido.
- Perdón: no nos culpamos ni culpamos a la persona que nos ha dejado.
- Búsqueda de sentido y renacimiento: Nos enfrentamos a la nueva vida sin la persona querida, la frase "La vida sigue".

El resultado de un duelo, bien resuelto, se caracteriza por lo siguiente:

- Cuando la persona es capaz de no sentir dolor, al referirse a la persona querida, que ya no está presente en sus vidas.
- Cuando se ve capaz de tener nuevos proyectos y volver a tener una vida social satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar, lo importante que es el TCAE durante el proceso de duelo, ya que es el profesional que más tiempo pasa con el paciente y la familia, en los días de hospitalización.

La ayuda profesional, en todos los casos es muy importante, pero mucho más, cuando se necesita anticiparse, lo que puede dar como resultado, un duelo complicado.

Suele ayudar, una actitud de escucha activa, poder verbalizar temas referentes al fallecido, las virtudes y no virtudes sobre él, que desencadenó la muerte, poder pronunciar la palabra muerte, sin que está se considere palabra tabú y sobre todo que no se sientan solos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 228

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS GERIÁTRICOS

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

ELIA MORENO QUIÑONES

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

1 Introducción

¿Qué es la calidad de vida?

Es una expresión cuyo significado es eminentemente subjetivo; esta asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

En la antigüedad ya se hablaba de vejez y enfermedades haciéndolas semejantes ya que había enfermedades con los mismos síntomas que produce la vejez, Aristóteles llego a decir "la enfermedad es una vejez accidental" por lo que hoy en día con una población tan envejecida que además padece distintas enfermedades

los profesionales debemos estar preparados y cualificados para la atención multidisciplinar de las personas institucionalizadas mayores de 65 años y poder aportar así una mejora calidad de vida en centros geriátricos durante su vejez.

Urge, pues, la existencia de profesionales preparados para ofrecer una atención correcta, cercana y humana a gran parte de la población, esa que necesita cuidados de enfermería de geriatría.

Cuidados básicos de geriatría que debemos conocer:

- La higiene corporal y postural.
- La alimentación saludable y completa.
- El cuidado del estado de ánimo.
- La atención a la calidad del sueño.
- La realización de actividades sociales.
- Patologías en los mayores.

2 Objetivos

Analizar las medidas necesarias a tomar por el TCAE para un mayor cuidado de las personas mayores e institucionalizadas que puedan ser dependientes por vejez o por enfermedad.

3 Metodología

Este capítulo esta basado en la búsqueda por distintas páginas de internet y revistas especializadas en vejez y enfermedades relacionadas. También he conseguido información del centro hospitalario donde tengo experiencia profesional con ayuda de compañeras y supervisoras cogiendo así técnicas y ayuda de ellas.

4 Resultados

El TCAE debe seguir los distintos protocolos de actuación con las personas mayores, aportándoles los cuidados necesarios, prevenir las enfermedades asociadas a la vejez por una mala atención así como las caídas, ayudar a tener un envejecimiento activo, aportándoles mecanismos para una vida institucionalizada, en compañía con una buena atención en aseo, movilidad, ejercicio, entretenimiento, alimentación, hidratación... Entender la enfermedad y sus fases.

El envejecimiento forma parte de la vida, comienza en la cuarta parte de esta y actualmente se identifica a las personas de 65 años como una persona mayor. Las

personas tiene diferentes formas de envejecer, y el conocimiento de la vejez nos ayudara a los profesionales a saber como afrontar la situación con las personas institucionalizadas.

Las tendencias de nuestra demografía indican que en España tenemos una cifra muy baja de nacimientos y actualmente registra la cifra más alta de muertes.

La población en el segmento de mayor de 65 años crece mucho mas rápido, la esperanza de vida hace que nuestra sociedad una sociedad más envejecida y que demanda por tanto más asistencia de profesionales preparados.

De esta manera en el 2050 las personas mayores de 65 años serán 1 de cada 6 personas. Según las estimaciones previstas para ese año una de cada cuatro personas que viven en América y en Europa podrían estar en torno a los 65 años o incluso más.

La esperanza de vida puede que aumente en tres años de media, por lo que en el escenario poblacional serán necesarios profesionales en este ámbito para preservar el bienestar en todo momento de la población.

El TCAE deberá empatizar siempre de la mejor manera posible con cada uno de estos pacientes ya que están en su última etapa y hay que hacerles que se sientan lo más cómodo posible en el ámbito hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Como irremediamente el paso del tiempo nos acerca más a la vejez, los profesionales como Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería debemos tener en cuenta conceptos básicos del proceso biológico que es el envejecimiento, lo que es un paciente geriátrico, un anciano sano y un anciano enfermo para poder mantener eficazmente los protocolos de actuación más adecuados en los mejores de los cuidados que daremos a estas personas.

El TCAE su principal función es estar y entender su situación en todo momento por lo tanto debe de ponerse en su lugar en todo momento ya que así crearemos su bienestar en todo momento.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 229

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

AURORA ELOÍSA MORENO LÓPEZ

YAMINA MOHAMED HAMED

ÁNGELES RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

Para desarrollar una intervención quirúrgica es necesario preparar correctamente el quirófano, capacitar a todo el personal, métodos adecuados de esterilización y desinfección, y se deben tomar ciertas precauciones de seguridad para que el quirófano se convierta en un ambiente seguro para el paciente.

El TCAE, como integrante del equipo quirúrgico, coordina con las enfermeras, apoyando sus operaciones y realizando la limpieza, arreglo y reposición de equipos en el quirófano. El proceso quirúrgico consiste en un continuo de operaciones manuales e instrumentales encaminadas a la paliación, curación o descubrimiento, a través de la cirugía, cuando no es factible ninguna otra acción médica.

Una vez finalizada la intervención el TCAE también es encargado de la reposición de materiales.

El TCAE debe de reponer el material de las siguientes zonas para así poder volver a estar como antes de realizarse la cirugía:

- Zona limpia y de quirófano: reposición del material fungible como equipos quirúrgicos y paños, mascarillas, gorros, calzas, soluciones desinfectantes, cepillos quirúrgicos, ropa, reponer vitrinas y estanterías incluso medicación.
- Zona de lavado de instrumental: gomas de aspiración, filtros de esterilización, gafas de protección, guantes desechables no estériles, detergentes y desinfectantes.
- Carro de material fungible: gasas y compresas, paños, sondas vesicales y apósitos.
- Carro de anestesia: jeringas, agujas, sueros, sistemas de macrogoteo esparadrapos.

2 Objetivos

El objetivo principal es el de explicar las funciones que desempeñan los TCAE y los distintos cuidados que realizan con los pacientes que realizan una cirugía.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una recopilación de contenidos en distintas páginas webs encontradas en internet, también se ha llevado a cabo una recopilación de información en las distintas revistas científicas relacionadas con el tema.

4 Resultados

El TCAE para el cuidado del paciente quirúrgico ha de desarrollar varias etapas: Son los cuidados necesarios en un acto quirúrgico dividida en:

- Preoperatorio (antes de entrar en quirófano).
- Intraoperatorio (mientras se realiza la cirugía).
- Postoperatorio (tras la operación en la sala de reanimación).

Cuidados preoperatorios:

Se debe asegurar una buena preparación.

Una vez identificado al paciente se comienza el protocolo de preparación física, consiste en:

- Rasurado de la zona.
- Comprobar la administración de enema si está indicado.
- Evacuación del intestino y vejiga.

- Recogida y registro de signos vitales.
- Retirada de objetos de su cuerpo como prótesis joyas.
- Eliminación de maquillaje y laca de uñas.
- Comprobar de que el expediente del paciente esté completo.
- Traslado al quirófano junto con su historia.

Cuidados intraoperatorios:

- Es el tiempo transcurrido en una intervención quirúrgica desde que entra en quirófano hasta que es trasladado a la zona postoperatorio.
- En el proceso operatorio es el auxiliar de planta que informa al resto del equipo multidisciplinar.
- Información a los familiares de la duración aproximada de la intervención quirúrgica.
- Donde deben esperar.
- Unidad de destino postoperatorio.
- Garantizar al paciente las pertenencias en caso de no tener familiares.

Cuidados postoperatorios:

- Es el periodo posterior a la intervención en donde se lleva al paciente a la sala de reanimación para así recuperarse.
- Mientras el paciente se encuentra en la unidad de cuidados intensivos el auxiliar de planta prepara la habitación con todos los materiales necesarios (cuña, botella, productos de aseo).
- Una vez que el paciente se encuentra en su habitación, es valorado por el equipo de enfermería llevando a cabo las pautas del médico de quirófano, es el auxiliar junto con el enfermero el llevar a cabo las pautas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE (auxiliar de enfermería) realiza un trabajo importante antes, durante y después de la cirugía en colaboración con el equipo de atención médica.

Cuando finaliza un procedimiento quirúrgico, el TCAE es el personal de enfermería responsable de reponer todo el equipo, debe conocer la ubicación de todos los consumibles en el quirófano.

Existen diferentes áreas o almacenes donde se encuentra el material, como el almacén de anestesia, de suturas, de farmacia, etc. Y uno de los papeles importantes del TCAE es la reposición de materiales.

Todo este cuidado y atención al paciente que hace el TCAE es fundamental para que el resto de personas implicadas mantengan su foco al 100 %.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 230

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A UN PACIENTE HOSPITALIZADO CON UN DOLOR AGUDO

CARMEN PILAR SUSMOZAS RODRIGUEZ BARBERO

1 Introducción

Lo importante de este tema es saber identificar que es un dolor agudo y un dolor crónico. El dolor es un signo subjetivo pero intenso, el paciente te dice que tiene dolor pero solamente puede ser identificado si esta con retorcimientos, postrado etc. Existe un dolor agudo el cual es momento puntual, y dura pocos días. Es transitorio. El dolor crónico es aquel que dura mucho y no es capaz de controlarse incluso con analgésicos etc.

Según la OMS y la real academia de la lengua podemos definir el dolor como

- Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.
- dolor sordo. dolor que no es agudo, pero molesta sin interrupción.
- Pero existen un sinfín de definiciones, pero la que más engloba es: definido como una experiencia que puede ser sensorial o emocional, y que puede ser percibida por todo ser vivo.

Todo esto con lleva a que un paciente con un dolor es una situación de urgencia. Es algo prioritario y que debe de realizar una actuación inmediata. Siempre que

este permitido y nos hayan dado una pauta de que no se realice nada para poder diagnosticar una patología por el tipo de dolor que padece el paciente.

2 Objetivos

Conocer por parte del TCAE que cuidados son los más adecuados para el paciente con un dolor agudo que se encuentra en una unidad de hospitalización.

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 el beneficio de identificar el dolor por sus características 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.

Las palabras utilizadas en DECS fueron “dolor” “formación” “neuropatía” y “abordaje”.

4 Resultados

- Como se ha realizado este trabajo con una búsqueda bibliográfica la cual se puede incluir artículos los cuales nos indican que tipo de cuidados va a tener que realizar el TCAE ante un paciente con dolor agudo en una unidad de hospitalización .
- Los cuidados son clave asistir y ayudar en las actividades de la vida diaria pero necesita identificar que tipo de dolor tiene este paciente y para ello se utilizaran
- Para permitir que los pacientes identifiquen el dolor, se proporciona una escala basada en el servicio, la patología e incluso el nivel social del paciente. El TCAE debe conocer las diferentes escalas que existen para evaluar el dolor.
- Las escalas deben ser específicas, claras y fácilmente identificables para que los pacientes puedan decirnos el tipo de dolor que pueden experimentar.
- Los TCAE también se pueden encontrar en pacientes con cáncer en nuestro artículo, incluidos los pacientes con cáncer que identifican más y calidad de vida que ya tienen dolor que necesita tratamiento, pero agregamos que pueden desarrollar tolerancia a los medicamentos que tenemos para aumentar los analgésicos Escala de dolor sexual, nosotros Me he saltado algunos escalones en la escala del dolor.

- En unidades de cuidados críticos el TCAE se basa en la escala de Escala CAM-ICU: Valoración del delirio en UCI. Escala RASS: Valoración del nivel de sedación-agitación. En este tipo de pacientes es más difícil identificar cualquier dolor agudo pues generalmente todo el dolor es crónico pero al estar con sedación el paciente salvo que se agite no entendemos si tiene dolor o no.
- El TCAE puede ayudar a el paciente a expresarnos su dolor con una descripción desde donde le tiene el origen este hasta dónde llega el dolor.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro tema se ha incluido todas las posibles escalas que se pueden llegar a realizar en un hospital de referencia el cual tendrá todo tipo de protocolos con aceptación por medio del comité de ética del hospital.

Es un tema muy importante ya que el dolor es algo que va a dar síntomas o signos de una patología y de cómo se encuentra el paciente en un momento puntual o no.

El TCAE ayudara a el paciente con dolor para aliviar este, para ello el profesional sanitario comentara a sus superiores si no solo aparece un dolor si no también si existe algún tipo de sintomatología más.

6 Bibliografía

1. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely W, Gélinas C, Dasta JF et al. Clinical practice guidelines for the Management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013; 41:263-306.
2. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. Anesthesiology. 2000;93: 1123-33.

Capítulo 231

CUIDADOS GENERALES A PACIENTES CON ICTUS

ALEJANDRA GARCIA JIMENEZ

MARIA CRISTINA RODRÍGUEZ MORÁN

ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO

JESÚS JAVIER CASTRO MENÉNDEZ

PAOLA GIAQUINTA GONZALEZ

1 Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son aquellos procesos en los que se produce un daño cerebral secundario a la oclusión o ruptura de una vena o una arteria.

La palabra “ictus” proviene del latín y significa golpe. Ictus se encuentra documentado en inglés desde los inicios del siglo XVIII para indicar el golpeteo del pulso.

Una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental es el Ictus, siendo la primera causa de incapacidad y de coste económico sanitario, repercutiendo a nivel familiar, profesional, laboral y social.

La aplicación de la taxonomía NANDA/NOC/NIC ha contribuido a la unificación de criterios, mejorando la calidad de los cuidados de enfermería orientados a conseguir unos niveles de independencia óptimos.

El ingreso de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI), disminuye la mortalidad en un 17 % y la morbilidad o dependencia funcional en un 25 %. Suponiendo las bajas tasas de mortalidad y morbilidad aguda un indicador de calidad en la atención sanitaria.

Hay dos tipos de ictus el isquémico y el ictus hemorrágico.

El ictus hemorrágico es el más destructivo y peligroso, con un alta tasa de mortalidad es cuando se rompe el vaso y cesa el flujo sanguíneo, esto provoca una hemorragia cerebral y llega a formar coágulos de sangre.

2 Objetivos

Identificar las necesidades de salud del paciente con Ictus y establecer los planes más adecuados para resolver las necesidades identificadas en los pacientes con Ictus.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como criterios de búsqueda sobre artículos de cuidados del paciente con accidente cerebro vascular y se han utilizado palabras claves como: Ictus, pediatría, cuidados e infarto.

4 Resultados

Las enfermedades cerebrovasculares son el principal motivo de ingreso en el servicio de urgencias en neurología, necesitan un tratamiento hospitalario prolongado y se debe valorar el abordaje terapéutico y ver los niveles organizativos y su seguimiento.

Dependiendo de su etiología se distinguen 2 tipos de ictus:

Isquémico: Es aquel en el que el flujo cerebral se ve interrumpido, bien debido a la formación de un coágulo o trombo en una arteria o bien por la llegada a ésta de un émbolo procedente de cualquier otro punto del sistema vascular.

Hemorrágico: resulta de la rotura de un vaso sanguíneo, que da lugar a una hemorragia o derrame cerebral. Pese a la brusquedad con la que se presenta, existen una serie de factores de riesgo, clasificados como modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables son: Edad, sexo, raza, factores

genéticos y los factores de riesgo modificables: Hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo, obesidad y cardiopatías.

El código Ictus es un sistema fuera del hospital el cual identifica y notifica el traslado precoz de los pacientes que han sufrido un ictus agudo y estos son derivados al hospital de referencia de patologías cerebrovasculares. Se intenta reducir el tiempo entre la aparición de la enfermedad y la llegada al paciente para dar un diagnóstico definitivo y el tratamiento adecuado, de esta manera podremos acceder a los cuidados del paciente mucho más especializados y que se realizan en las plantas de neurocirugía.

El tratamiento del ictus hoy en día se apoya en una asistencia neurológica precoz, se aplican tratamiento recanalizadores siempre que sea posible, los cuidados especializados en las unidades de ictus y se desarrolla un tratamiento que rehabilite al paciente junto con el plan de atención integral.

En la medicina se intentan rehabilitar las enfermedades cerebrovasculares, el déficit funcional del episodio del ictus, el plan terapéutico adecuado, que no varía en ningún otro tipo de ictus, aunque sean ictus isquémicos o hemorrágicos. El objetivo es prevenir las futuras complicaciones y recuperar la capacidad funcional del paciente, de forma que se recupere en la medida de lo posible su autonomía y pueda volver a integrarse en su vida social, personal y laboral.

La complicación neurológica aguda más temida es el empeoramiento neurológico, suele ocurrir durante las primeras 24-48 h, no hay factores que puedan predecir este deterioro, se asocia a transformación hemorrágica con o sin tratamiento trombolítico, la transformación petequial suele ser asintomática, mientras que la hemorragia y el hematoma intracerebral son sintomáticos y ocasionan un aumento de la presión intracraneal asociado o no a edema cerebral. El riesgo de hemorragia se relaciona con el uso de trombolíticos y/o anticoagulantes.

5 Discusión-Conclusión

El ictus isquémico es agudo y multidisciplinario, el manejo de la activación del código Ictus se debe de iniciar desde el primer contacto con el personal sanitario, debemos de mejorar la accesibilidad en los hospitales que constituyen el principal tiempo de llegada a los pacientes y ser atendidos, monitorizar la oxigenación, temperatura, tensión arterial y glucemia en el paciente hace que el paciente mejore mucho su estado.

Se puede evitar los ictus llevando una dieta equilibrada, realizando ejercicio físico al menos cinco días a la semana, evitar fumar, disminuir el consumo en la canti-

dad de alcohol, no ser obeso y llevar un control periódico de los niveles de tensión arterial y del colesterol, de esta manera evitaremos tener un ictus.

6 Bibliografía

1. Serra AT, Matías AA, Nunes AVM, et al. El código ictus de Asturias. Neurología. 2008; NRL-794; (xx).
2. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Bulechek, G. (2013). Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby. Carpenito, L. (1998). Madrid: Interamericana-McGraw Hill.

Capítulo 232

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SALUD MENTAL

AURORA ELOÍSA MORENO LÓPEZ

YAMINA MOHAMED HAMED

ÁNGELES RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

La salud mental es la salud general de cómo piensas, regulas tus emociones y te comportas. A veces las personas experimentan una perturbación significativa en esta actividad mental. Los trastornos mentales pueden ocurrir cuando los patrones o los cambios en el pensamiento, los sentimientos o el comportamiento causan angustia o afectan la capacidad de funcionamiento de una persona. Los trastornos de salud mental pueden afectar su capacidad para:

Poder llegar a mantener relaciones personales o familiares. funcionar en los escenarios sociales.

Tomado en el trabajo o la escuela.

Aprende a un nivel apropiado para tu edad e inteligencia. Participar en otras actividades importantes.

Empatía y atención personalizada, debe de tener una gran flexibilidad para adaptarse a esta temática son algunas de las características a destacar en el TCAE.

La comunicación no verbal es también tan importante como la comunicación verbal.

Hay que ser muy comunicativo y también hay que ser muy intuitivo con los sentimientos de los demás, escuchar y sobre todo debe de poder transmitir calma hacia las personas que a las que son atendidas. El TCAE debe tener algún conocimiento de los principales trastornos que experimentan los pacientes psiquiátricos, especialmente de los hospitalizados en unidades de salud mental.

2 Objetivos

Describir la importancia y las funciones del TCAE en la unidad de salud mental.

3 Metodología

La información que se puede llegar a observar en este estudio ha sido previamente proporcionada de lugares webs científicos y revistas científicas, los cuales han sido previamente estudiados para poder otorgar una información correcta y completa que pueda ayudar a comprender las funciones que se desarrolla.

4 Resultados

La salud mental es la forma en que los pensamientos, sentimientos y comportamientos afectan la vida. La buena salud mental conduce a una imagen propia positiva y, por lo tanto, a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas. Hay muchos tipos de trastornos mentales. Algunos populares incluyen; trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico o fobia. Depresión, o el trastorno bipolar y otros trastornos de el estado de ánimo. Preparar materiales y espacios para brindar atención en salud mental, teniendo en cuenta la forma de atención brindada y la relación calidad-precio. Colaborar con el grupo de trabajo interdisciplinario de salud mental, asumir la responsabilidad y mantener el flujo adecuado de información. Aplicar los cuidados auxiliares de enfermería a los pacientes de salud mental, seguir los planes de cuidados establecidos por el grupo de trabajo y comunicar las incidencias detectadas, utilizar los procedimientos adecuados y aplicar las medidas preventivas y de seguridad. Coordinar el apoyo psicosocial a las personas con enfermedad mental (paciente, familia, comunidad), utilizando técnicas de comunicación y apoyo adecuadas a sus características psicosociales. e) Promover hábitos de vida saludables entre los enfermos mentales, familias y comunidades para mantener o promover la salud y prevenir la enfermedad, brindándoles una orientación, información y comunicación accionables

e informadas de acuerdo con las características del interlocutor. Proporcionar cuidados básicos de enfermería personalizados, promover actividades de prevención y promoción, y gestionar el cuidado personal de las personas con trastornos de salud mental para mejorar su calidad de vida, colaborar con ellas en el manejo de su enfermedad y asegurarles el apoyo durante todo el proceso. Colaborar con el equipo multiprofesional de salud mental del que forma parte, en la supervisión del desempeño de las actividades relacionadas con la administración de medicamentos y otros productos de salud de acuerdo con los procedimientos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

La salud mental está determinada por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. Algunos de los trabajos que tienen que hacer pueden considerarse realizados por empresas auxiliares:

Comprender e integrar en su profesión los principios éticos y legales aplicables a la atención de la Salud Mental. Utilizar la terapia de relación como herramienta fundamental de comunicación y relación en un contexto práctico de enfermería. Comprender que la relación terapéutica con el paciente es parte del tratamiento y se adapta a la condición individual. La salud mental es importante para mantener el cerebro y el cuerpo sanos, especialmente en la vejez. Hay muchos tipos de ejercicios de destreza mental, debes conocerlos para poder mostrarle al paciente cómo hacerlos y así ayudarlo.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en la unidad psiquiátrica hospitalaria https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjT-Zzsl-P4AhUMD-wKHQfvCagQFnoECEIQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistamedica.com%2Ffunciones-tcae-psiquiatria%2F&usg=AOvVaw2gGjR-teVksBQ_x-srRZlh.
2. Auxiliar de Enfermería en Centros de Salud Mental <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjT-Zzsl-P4AhUMD-wKHQfvCagQFnoECEIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.cursosypostgrados.com%2Fprofesiones%2Fauxiliar-de-enfermeria-en-centros-de-salud-mental.html&usg=AOvVaw0X8JGVBZtB9BSGdljIfu4V>.
3. Cuidados auxiliares de enfermería en salud <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjT->

Zzsl-P4AhUMD-wKHQfvCagQFnoECCEQAQ&url=https%3A%2F%2Fivac-
eei.eus%2Fes%2Ffamilias-profesionales%2Fsanidad-san%2Fespecializaciones%
2Fcuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-salud-mental.html&usg=
AOvVaw1oEOydtvP9Irksc5-Dm5W.

4. Funciones del auxiliar de psiquiatría https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjT-Zzsl-P4AhUMD-wKHQfvCagQFnoECCQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.campustraining.es%2Fnoticias%2Ffunciones-auxiliar-psiquiatria%2F&usg=AOvVaw3HD4aBVw1P_H1U7Evy9NhK.

Capítulo 233

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL REENVASADO DE DOSIS UNITARIA

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

El procedimiento de reenvasado en dosis unitarias en el servicio de farmacia, se denomina "reenvasado de dosis unitaria" al proceso por el que se envasan los medicamentos de forma individualizada para garantizar una identificación, dispensación y administración adecuada en dosis y forma farmacéutica adaptada a la prescripción individualizada por paciente, permitiendo una fácil y completa identificación, sin necesidad de manipulaciones.

Se aplica en los medicamentos que:

- La industria farmacéutica no presenta en dosis unitaria.
- Que bien precisen un control de dispensación muy estricto.

- Que sean de dosificación variable o de dosis no presentadas por la industria farmacéutica.
- Los elaborados en la farmacia del hospital.

En los servicios de farmacia hospitalaria es habitual el reenvasado de ciertos medicamentos que se administran por vía oral o intravenosa. La identificación eficaz del medicamento antes de su administración es básica y la administración errónea de medicamentos puede suponer un grave problema relacionado con la medicación, comprometiendo así, la seguridad y salud del paciente.

Este problema puede subsanarse eventualmente con un proceso simple y poco costoso como es el de reenvasado.

La dispensación habitual en un servicio de farmacia hospitalaria se hace intra-hospitalariamente y externamente a través de la consulta, dispensando de esta manera diariamente cientos de medicamentos.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en el reenvasado de dosis unitaria en el área de farmacotécnica.

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 TCAE asignado al área de Farmacotécnica será el responsable de:

1. Reenvasar los medicamentos incluidos en el listado de "especialidades a reenvasar".
2. Registro de trazabilidad de medicamentos reenvasados.
3. Colocación de Kardex horizontal de medicamentos reenvasados.
4. Control del buen funcionamiento de la reenvasadora de sólidos.

Circuito de actividades de reenvasado:

- Identificación de especialidades:

Para identificar qué especialidad tienen que reenvasarse se puede consultar el listado o los carteles de los cajetines del Kardex horizontal. Será el personal auxiliar, asignado al servicio de farmacia, quien identifique que especialidades es necesario reenvasar en cada momento en función de los pedidos y necesidades de la dispensación.

- Recortado de blísteres:

Los blísteres de aquellas especialidades de formas sólidas que no estén acondicionadas en dosis unitaria deben "recortarse en monodosis" antes del reenvasado. Los TCAES de plantilla de almacén realizarán esta tarea según plantilla y actividades.

- Reenvasado en dosis unitaria con reenvasadora de sólidos.

El TCAE de farmacotécnica revisará los medicamentos pendientes de reenvasar, comprobaremos que los recipientes con monodosis recortadas estén bien identificados (especialidad, principio activo, lote y caducidad) junto a su envase original. Si los medicamentos a reenvasar no están bien identificados, están caducados o en malas condiciones, consultaremos al farmacéutico.

No solaparemos en el reenvasado varias especialidades a la vez.

Tras estos pasos procederemos al reenvasado, según las instrucciones del manual de operaciones del fabricante de la máquina de reenvasado.

- Accederemos al programa de reenvasado y su puesta en marcha, donde anotaremos la ficha informativa de cada medicamento, lote y caducidad e la especialidad a reenvasar.

- Durante el proceso de reenvasado, los TCAES controlarán que se realiza de forma adecuada controlando que la impresión de las etiquetas sea la adecuada.

- Una vez terminado el reenvasado revisaremos los blísteres y agruparemos en paquetes para su posterior almacenamiento.

- Cumplimentaremos el registro del reenvasado.

El farmacéutico tendrá que validar el producto terminado, en el cual revisará el lote y caducidad, el etiquetado, descripción y dosis. Una vez revisado todo firmará el listado de reenvasado correspondiente para su posterior almacenamiento.

5 Discusión-Conclusión

El reenvasado cumple el objetivo principal de asegurar una adecuada administración del medicamento en la dosis adecuada. Además garantiza que esta admin-

istración se hará antes de la fecha de caducidad del medicamento, identificándose también su número de lote, dato útil para adoptar medidas oportunas en caso de problemas derivados de su fabricación o con las alertas farmacológicas emitidas por la Asociación Española de Medicamentos y Productos, en relación a éstos.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y en esta atención nos encontramos con un cierto grado de peligrosidad íntimamente unida a cada fase del procedimiento en la manipulación de los productos y en la continua automatización de los procedimientos.

6 Bibliografía

1. investigacion.ugr.es www.sefh.es.

Capítulo 234

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN MATERNIDAD EN EL TURNO DE MAÑANA

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

ELIA MORENO QUIÑONES

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

1 Introducción

La misión del TCAE en el turno de mañana en el servicio de maternidad es acompañar tanto a la enfermera como a la matrona a las necesidades que requieran en el turno. El TCAE cumple una gran función ya que es el encargado de atender a la paciente tanto antes del parto o la intervención como una vez que la paciente haya dado a luz o este en planta después de haber pasado por su quirófano, porque parte de pacientes ingresados para preparar el parto, también ingresan pacientes por otro tipo de motivos todos relacionados con el aparato reproductor femenino, tumores mamarios...

Al empezar el turno lo primero que hay que hacer es ponerse de acuerdo con la compañera, la otra TCAE, del turno para repartirse a los pacientes ya que una irá siempre acompañada con la matrona y otra con la enfermera, aunque ambas deberá ayudarse mutuamente tanto entre ellas como con las facultativas y/o enfermeras siempre que lo sea necesario.

A continuación cada TCAE pasará por las habitaciones para así conocer a las pacientes, saber las necesidades y estado de cada una para poder así atenderlas lo mejor posible ya que en esos momentos deben empatizar lo máximo posible con ellas.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer las funciones que desempeñan los TCAE en el servicio de maternidad para poder hacer sentir a los pacientes ingresados lo mejor posible durante su estancia.

3 Metodología

Para la realización del estudio se ha desarrollado una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Medline, EbscoPorQuest, Scielo, entre otras. Además, se han consultado diversos libros, artículos científicos y revistas- Experiencia profesional y protocolos adquiridos por algunas de las matronas de este servicio.

4 Resultados

El TCAE realiza un gran abanico de funciones según los distintos tipos de pacientes ingresados en la planta.

La mayoría de las pacientes están ingresadas para la preparación del parto.

Una vez la TCAE entre a su turno y una vez sabiendo las pacientes adquiridas a cada una lo primero que hay que realizar es:

- Preparar el carro con todo lo necesario para la higiene tanto del paciente como del bebé si lo tienen ya en la habitación. Así como son toallas, sábanas, pañales, compresas, empapadores...
- Debemos pasarle a cada habitación lo que necesita cada una, realizarle la cama y ayudarle en el aseo. El recién nacido se le realizará el aseo una vez pasada sus primeras 24h de vida.

- Una vez aseada, la TCAE será la encargada de repartir los desayunos.
- A continuación junto a la madre deberemos coger al recién nacido ya sea para el aseo como para la higiene del cordón umbilical ya que debemos explicarle a los padres el proceso de cada uno de las funciones para que luego en casa pueda realizarlas.
- Siempre muy importante, lo primero que deberá hacer es pesar al recién nacido para comprobar que no haya habido pérdida y llevar un control para saber si el bebé se esta alimentando correctamente. Todos los datos deberán ser registrados en el ordenador para así llevar un seguimientos de los datos como son los pesos, orina, heces...
- En la hora de las comidas también será el TCAE el encargado de repartirlas.
- Por último, se debe dejar repuesto todo lo necesario en el turno, desde su almacén correspondiente ya que cada servicio tiene el suyo adquirido.
- Imprimir el parte con los cambios e incidencias para comunicárselo al siguiente turno.

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. Todas las pacientes ingresadas recibirán los mismos cuidados dentro de cada necesidad de cada una de ellas.

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

- Barrera Arias N, Espeso García AB, Mesa González S, Alonso García MI. El TCAE en la unidad de neonatología. Revista Electrónica de Portales médicos. 2019;1-2.
- Gil Parra MA, Velandia Delgado LM. Control del riesgo psicosocial en enfermeras del área gineco-obstetricia
Experiencia profesional y protocolos adquiridos del mismo hospital trabajado.

Capítulo 235

TURNO DE MAÑANA DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

ELIA MORENO QUIÑONES

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

1 Introducción

El TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) desarrolla una función muy importante en la consulta de ginecología, ya que es el encargado de tener la consulta preparada antes de que el facultativo empiece su jornada. Al llegar el TCAE lo primero que hay que realizar es comprobar que todo el material este repuesto en cada una de sus salas donde el médico pasará consulta, para así, a la hora de comenzar no generemos atrasos y el paciente pueda sentirse lo más cómodo posible. A continuación, una de las tareas importantes es sacar el listado de pacientes para poder pasar consulta, se le dejará un listado al facultativo y otro para el TCAE. El TCAE es el encargado de salir al pasillo para comprobar los pacientes que van llegando y así poder pedirle el informe para que el médico este orientado en el motivo de su consulta. Una vez pasada la consulta, realizado

todas las pruebas necesarias por dicho médico y ayuda del TCAE, éste dará toda la información necesaria al paciente para dichas pruebas posteriores mandadas por el médico, o cualquier otro informe que éste necesite como son justificantes de trabajo...

Entre paciente y paciente el TCAE se encargará de que todo tanto el gabinete ginecológico como la consulta esté limpia y ordenada para poder pasar al siguiente.

2 Objetivos

Conocer todas las funciones del TCAE dentro de la consulta de ginecología para así facilitar la consulta, y intentar fomentar el bienestar del paciente en todo momento.

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

Las principales funciones del TCAE dentro de la consulta de ginecología como hemos dicho anteriormente es ayudar al facultativo en todo momento de lo que necesite tanto una vez esté el paciente dentro como fuera de la consulta. Una vez preparado los listados de trabajo y el facultativo esté listo para pasar la consulta, el TCAE es el encargado de pasar a los pacientes, una vez dentro debemos estar atento al médico para ayudarle a las pruebas a realizar, como pueden ser:

1. Colposcopia ginecológica:

La ginecóloga explicará a la paciente el motivo de realizar la prueba, los objetivos que se persiguen y las complicaciones o riesgos que se puedan presentar con la misma.

- La TCAE explicará a la paciente la técnica que se le va a realizar, así como la necesidad de su colaboración para la realización de la misma.

- La TCAE informará a la paciente la posición en la que debe colocarse y de la importancia de que esté relajada y tranquila para que la prueba sea lo menos molesta posible.

- La TCAE informará a la paciente de los cuidados o precauciones tras la prueba. Si se ha realizado toma de biopsia, se le indicará a la paciente puede notar flujo o secreción vaginal sanguinolenta durante 3-5 días. En caso de sangrado moderado, acudirá a urgencias.

Para una mejor cicatrización y evitar la infección de la zona biopsiada, la paciente deberá evitar mantener relaciones sexuales con penetración hasta la finalización de la secreción sanguinolenta, evitar el uso de tampones durante ese periodo y evitar lavados vaginales.

2. Biopsia ginecológica:

El TCAE debe colaborar en:

La preparación previa del paciente (física y psicológica).

La recogida de muestras y adecuada conservación.

En la realización de las pruebas, según nivel de competencia.

Preparación del material previo a la prueba y en su posterior recogida, limpieza y esterilización.

Estas son las pruebas más comunes que se realizan dentro de la consulta, para otro tipo de tratamiento ginecológico más específico el facultativo manda al paciente a otro servicio con otra tecnología específica.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que queremos obtener es que el TCAE tiene que tener en todo momento la mayor comunicación con el facultativo para lo que necesite y que la atención con el paciente sea lo mas amena y empática posible, ya que desde que el paciente entra hasta que finaliza su consulta el TCAE es el que se encarga de su atención ya sea para la realización de cualquier prueba como para explicar pruebas a posteriori dicho por el facultativo, ya que el paciente luego necesitará alguna cita ya sea para resultados de la prueba como para la realización de pruebas distintas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 236

LA ADICCIÓN A LA NICOTINA RELACIONADA CON EL ENFERMO MENTAL

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

ELIA MORENO QUIÑONES

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

1 Introducción

El hábito de fumar tabaco es un grave problema de salud que se asocia con importantes morbilidad y mortalidad en pacientes con patología psiquiátrica. Los fumadores con trastorno mental grave (TMG) presentan más frecuentemente una alta dependencia nicotínica, a la que tradicionalmente se ha prestado poca atención. El tratamiento se ve dificultado tanto por la escasa motivación que presentan los propios pacientes como por el poco interés que demuestra el personal clínico que les atiende en abordar y promover el abandono tabáquico.

Esta escasa atención se ha debido en gran medida a la persistencia de cinco mitos, que actualmente están sometidos a crítica: el consumo de tabaco es una forma de automedicación para los enfermos psiquiátricos, éstos no tienen interés en dejar de fumar, o bien son incapaces de dejar de fumar, dejar de fumar podría

descompensar su trastorno psiquiátrico, y el tabaquismo es un problema de baja prioridad en el tratamiento psiquiátrico.

Hoy en día el tratamiento del tabaquismo se propone como un objetivo terapéutico importante en las personas fumadoras con enfermedades psiquiátricas, si bien en la esquizofrenia la efectividad de los diversos tratamientos ensayados sigue sin estar claramente confirmada. Una reciente revisión sistemática concluye que en el TMG (depresión mayor, esquizofrenia y otras psicosis) sigue siendo confuso el beneficio de los tratamientos de deshabituación tabáquica, con una proporción de sujetos abstinentes de tabaco.

2 Objetivos

Explorar la presencia de tabaquismo y valorar la predisposición del paciente a dejar de fumar.

Formar más al TCAE para tratar y abordar el tabaquismo en pacientes mentales.

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

Hay una comorbilidad importante entre el consumo de tabaco y los trastornos mentales. Las personas con enfermedades mentales fuman a una tasa dos a cuatro veces mayor que la de la población en general. Desde 2009 hasta 2011, el 36.1% de las personas con enfermedades mentales fumaron, en comparación con el 21.4% de los adultos sin enfermedad mental. Los índices de tabaquismo son especialmente altos entre los pacientes con enfermedades mentales graves (es decir, los que demuestran mayor discapacidad funcional). Si bien las estimaciones varían, entre el 70 y el 85% de las personas con esquizofrenia y entre el 50 y el 70% de las personas con trastorno bipolar fuman.

Los índices de tabaquismo más altos se dieron entre las personas con enfermedades mentales menores de 45 años, las personas con bajo nivel de educación

y las personas que viven por debajo del umbral de pobreza. Datos longitudinales de NSDUH (2005–2013) indican que el tabaquismo entre los adultos con trastornos crónicos ha disminuido significativamente, pero continúa siendo particularmente alto entre quienes reportan ansiedad, depresión y trastornos por consumo de drogas. Se cree que el tabaquismo tiene más prevalencia entre las personas con depresión y esquizofrenia porque la nicotina podría aliviar temporalmente los síntomas de estas enfermedades, como la poca concentración, el estado de ánimo deprimido y el estrés. Pero es importante observar que el dejar de fumar se ha vinculado con el mejoramiento de la salud mental—inclusive con reducción de la depresión, la ansiedad y el estrés— y con un mejor estado de ánimo y calidad de vida. El alto consumo de cigarrillos es un problema particular para quienes sufren una enfermedad mental grave. Creemos que lo que está sucediendo con el binomio fumar-otros trastornos psiquiátricos lo expresaron muy acertadamente Hall et al³ hace unos años: «... hace 40 años, cuando fumar cigarrillos era normativo,

La prevalencia de otros trastornos distintos a la dependencia de la nicotina en los fumadores era probablemente mucho más baja. Las características de los fumadores están combinado. Esto es debido a los avances en los tratamientos para dejar de fumar y en los esfuerzos preventivos y al aumento de la presión social sobre los fumadores. Aunque actualmente fumar puede ser un buen marcador para el riesgo de depresión o abuso del alcohol, cambios en la población pueden cambiar la relación relativamente rápido para que en pocos años otros trastornos (por ejemplo, la esquizofrenia) se puedan asociar exactamente con fumar». Cada vez habrá menos fumadores, pero éstos tendrán un mayor grado de adicción a la nicotina y es más probable que presenten una mayor comorbilidad psiquiátrica.

5 Discusión-Conclusión

El daño pulmonar sería explicado principalmente por el tabaco, que es el primer factor de riesgo prevenible

Fumar también empeora el pronóstico de la enfermedad mental por lo que también dificulta el trato y cuidado del paciente con enfermedades graves mentales. Probablemente si se pudiera reducir o controlar el tabaquismo en pacientes con enfermedades mentales habría un gran porcentaje de todas ellas que se podría evitar que la enfermedad agravara de esta manera podrían cambiar las estadísticas y poder reducir el consumo del tabaquismo.

Señalar que las tasas de abandono durante el tratamiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos son similares a las de la población general, aunque las

tasas de recaída parecen mayores.

6 Bibliografía

1. Becoña E, Vázquez FL. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson; 1998.
2. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:546-53.

Capítulo 237

PROTOCOLO DE ENTRADAS DE MATERIAL EN EL KARDEX HORIZONTAL DE FARMACIA HOSPITALARIA

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

El Servicio de Farmacia hospitalaria del Hospital es el garante legal del uso de los medicamentos en el Hospital, lo que implica que es responsable de la selección, adquisición, conservación, preparación, administración, dispensación y distribución a los pacientes de los medicamentos correctamente prescritos.

Posee un sistema de almacenamiento de medicamentos semi-automatizado (KARDEX) para la preparación de la medicación por paciente y día, mediante la dispensación de carros de unidosis.

KARDEX es un armario rotatorio vertical, automatizado e informatizado que

recibe la información desde el programa informático que controla las órdenes médicas de cada paciente.

El sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitarias está implantado en el 100% de las camas del Hospital. Este sistema, al facilitar el acceso del farmacéutico a la prescripción médica de cada paciente, permite la intervención previa a la dispensación y administración de medicamentos, dando la posibilidad de su colaboración activa en disminuir los errores de medicación, las interacciones farmacológicas y las reacciones adversas.

Desde el Servicio de Farmacia se realiza el control de los sistemas automatizados de dispensación (PYXIS) instalados en varios servicios del hospital. Se dispone de una estación en Farmacia que permite controlar el stock de cada medicamento en dichas unidades y reponerlo cuando sea necesario así como proporcionar información detallada sobre la utilización de los mismos, paciente al que van destinados y persona que los retira del PYXIS.

2 Objetivos

Conocer el funcionamiento del Kardex en la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

A la llegada de material al Servicio de Farmacia seguiremos el siguiente procedimiento.

- Las administrativas darán a los celadores las hojas de pedidos, donde está reflejado el laboratorio farmacéutico, el medicamento solicitado, unidades número de pedido y precio.
- Recepción de pedidos:

Los celadores serán los encargados de la recepción de los bultos. Son ellos los que abrirán las cajas, contarán el material y comprobarán que los datos del albarán coincida con nuestra hoja de pedido, hecha por las administrativas.

Los medicamentos pueden ser: de temperatura ambiente, de nevera, congelador o virtuales.

Una vez abiertos hay que comprobar, a qué tipo pertenecen y asegurarse de que si es refrigerado, no se haya roto la cadena de frío. Cuando se este contando el material, se colocará inmediatamente en la nevera del almacén.

- Entrega de albarán a las administrativas.

Los celadores entregarán la hoja de pedido, junto al albarán, sellado con el sello de farmacia, fechado y firmado por la persona que haya recepcionado el medicamento.

Son ellas las que introducen los medicamentos en el sistema informático SAP y envían las entradas al Kardex Horizontal.

- Entrada del material.

Las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) recogerán las hojas de entrada y colocarán en la caja de su medicamento correspondiente. Se llevarán las cajas a la zona del Kardex Horizontal para su posterior entrada.

- Entrada en el sistema.

Seleccionaremos en el ordenador "procesar pedidos" donde aparecerán todas las entradas, elegiremos la entrada comprobando el número de pedido, laboratorio, medicamento y unidades.

Nos vamos al botón de entradas y ejecutar, desde allí nos enviará al Kardex Horizontal, a la Nevera o a Entrada Virtual.

El Kardex nos llevará al hueco asignado al material, donde colocaremos, después de contar lo que hay y lo que recibimos.

Una vez finalizada la tarea, saldrán las hojas por la impresora donde reflejan las entradas del material, en ellas comprobaremos si está bien hecha la entrada.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad es un hecho frecuente que en los hospitales estén implantados diversos sistemas de dispensación de medicamentos debido, por un lado, a las nuevas tecnologías disponibles para este proceso, así como por las posibilidades reales de atender la demanda asistencial de medicamentos en los hospitales.

La aplicación de nuevas tecnologías en el proceso de dispensación ha aumentado la seguridad de éste, la cual nos ha permitido disminuir los errores en el proceso de dispensación.

Nosotros, tras los resultados obtenidos, hemos mejorado la comunicación entre todos los profesionales que trabajan en el servicio de farmacia, la formación de todo el personal y solventado problemas técnicos que dada la reciente automatización de algunos de nuestros sistemas ocurrían.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 238

EL PAPEL DEL AUXILIAR EN LA LACTANCIA MATERNA

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

ELIA MORENO QUIÑONES

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

MARIA LUISA GIL SERRANO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) dentro de los seis meses posteriores al nacimiento y la lactancia mixta después de que el bebé cumpla dos años. Será más prolongada en el tiempo según la madre y el bebé decidan. Según la Asociación Española de Pediatría” en España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos existentes hasta el momento proceden en su mayoría de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un posterior seguimiento.

Los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud que, desde el año 1995, incluyen preguntas referentes a la lactancia. Con ellas se recogen datos de prevalencia de lactancia materna por meses, pero no se utilizan ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS lo que

dificulta la comparación con otros países. Teniendo en cuenta estas limitaciones, según los datos extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud, la tasa de lactancia materna en España (incluyendo LME y parcial) a las 6 semanas se ha mantenido bastante estable con cifras globales alrededor del 71%, mientras se observa, en los últimos 15 años, un aumento progresivo de las cifras de lactancia materna a los 3 (66.5% en el año 2012) y 6 meses de vida (46,9 %).

Tanto en la última ENS como en una Encuesta sobre hábitos de lactancia en España se recoge una duración media de la LM en nuestro país de 6 meses.

Estos datos nos tienen que hacer reflexionar sobre las causas que hacen que nuestros índices no sean todo lo bueno deseables. Y cada uno desde nuestra posición en la sociedad tenemos que hacer lo posible porque suban. La leche materna es un elemento clave de la prevención y promoción de la salud tanto para el bebé como para la madre y por extensión para el resto de la familia y la sociedad. La Asociación Americana de Dietistas (ADA), defiende la lactancia materna debido a los beneficios nutricionales e inmunológicos para los niños; los beneficios fisiológicos, sociales e higiénicos del amamantamiento para la madre e niño, y los beneficios económicos para la familia y el sistema de salud.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Aumentar el número de mujeres que siguen amamantando hasta el período recomendado por la OMS y UNICEF.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar a la madre y personas más cercanas todos los conocimientos necesarios para realizar la técnica y solucionar los posibles problemas que puedan surgir.
- Tener un comportamiento proactivo y una escucha activa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizando una búsqueda sistemática en libros y protocolos del servicio de pediatría y maternidad de mi unidad de trabajo. También se han consultado artículos actualizados sobre lactancia materna y lactancia artificial. Estos protocolos han sido actualizados y revisados por el responsable de mi unidad.

4 Resultados

¿Cómo podemos conseguir fomentar y alargar la lactancia materna?

Llevando un seguimiento del embarazo:

Desde este punto ya se puede empezar a trabajar a favor de la lactancia materna. Es muy interesante involucrar también a la pareja desde el primer momento y que las decisiones que se tomen sean conjuntas. Esto facilitará mucho la implicación posterior del otro progenitor en todo el proceso. Y será vital para establecer el vínculo de afecto en el futuro con ese bebé aún no nacido.

Desde la sala de partos:

Una vez se produzca el nacimiento pondremos a la criatura sobre su madre piel con piel durante los primeros momentos. Ahí ya puede iniciar el agarre y la primera toma. Este primer contacto los beneficia a los dos. El bebé se recupera más rápido del estrés del parto y normaliza la temperatura y con las madres está demostrado que aumentan el tiempo de lactancia y les evita experiencias emocionales negativas.

En el momento de la llegada a planta:

Dejaremos que la madre con tranquilidad le dé de mamar al bebé. Hay una serie de protocolos establecidos que nos indican si la toma está realizándose de la forma correcta, Una vez finalizada la toma le reforzaremos lo positivo y le indicaremos como mejorar la técnica (posturas, posiciones, elementos facilitadores) siempre teniendo en cuenta las características personales.

Es importante evitar comentarios negativos y que en ocasiones son ideas preestablecidas sin ningún criterio. En la estancia en el hospital además de explicar cualquier duda que le pudiera surgir, también le ayudaremos a solucionar posibles complicaciones (dolor, grietas, eritemas, ingurgitación, mastitis).Y trataremos de romper todos los falsos mitos que hay sobre la lactancia.

En la consulta de Atención Primaria:

En este momento ya la madre ha dado de mamar más veces en condiciones habituales y le pueden surgir otras inquietudes. Se la informara sobre los que es necesario vigilar y lo que se puede considerar normal.

5 Discusión-Conclusión

Por suerte estamos en una etapa actualmente en la que los cuidados no pueden ser concebidos como simples técnicas.

El nacimiento del bebé es un momento de especial sensibilidad, de cansancio, de incertidumbre y lo que hagamos por la madre, la criatura, el padre y su entorno

puede marcar la diferencia. Creando un clima más favorable que haga que se mantenga la lactancia más tiempo redundando en el bienestar de todos. Para ello es necesario que los profesionales implicados tengan formación tanto en la humanización de los cuidados, la relación de ayuda y el significado general de la lactancia materna.

Sería bueno que las personas formadas permanecieran en su puesto de trabajo. También es necesario un reciclaje organizado de forma periódica. Otros recursos interesantes son los grupos de iguales formados por madres y padres en la misma situación. Sus vivencias compartidas son de gran ayuda.

Así mismo es importante no tener expuestos en los centros sanitarios carteles que potencie la lactancia artificial estos pequeños detalles importan, ni estar impresa en folletos o otros artículos que puedan estar a la vista pues se legitima de forma institucional algo que queremos evitar Y por supuesto tener en cuenta que queremos establecer una relación de ayuda desde el respeto si por cualquier circunstancia la madre no pudiera o quisiera dar el pecho colaboraríamos enseñándola preparar los biberones, la importancia del contacto físico y la técnica para darlos favoreciendo la implicación del entorno.

Cualquier acto que realicemos para integrar la humanización en nuestro trabajo será un gran beneficio para todos empezando por nosotros mismos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 239

CALIDAD DE VIDA EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

ELIA MORENO QUIÑONES

MARIA LUISA GIL SERRANO

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

1 Introducción

El estudio de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad ha aumentado de forma importante durante las últimas décadas, siendo abordada desde áreas diversas como salud, rehabilitación, servicios sociales y educación. La tendencia frente al tema es a reconocer la naturaleza holística de la persona, la complejidad de relaciones hombre-contexto, las condiciones de vida en situación de discapacidad y sus perspectivas a futuro. La calidad de vida y la situación de discapacidad son conceptos complejos y multidimensionales que no sólo tienen relación con componentes objetivos como tipo de trabajo, nivel socioeconómico, estado de salud, sino que también dependen de factores tan subjetivos como escala de valores, creencias y expectativas de cada persona, integrados a un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental. Para tratar de abordar la complejidad propia de dicho concepto en el ámbito de las ciencias de la salud se emplea el concepto de «Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)» como concepto

multidimensionalLa necesidad de mejorar, medir y promover la calidad de vida de las personas con discapacidad se ha hecho especialmente visible en los últimos años en el modo en que la investigación psicológica se ha aproximado al colectivo de personas con discapacidad intelectual, actualmente integrado por unas 230.000 personas en España. Recientemente, uno de los manuales de referencia en diagnóstico de salud mental, el DSM-5 (APA, 2013), ha cambiado su forma de «clasificación» de la discapacidad intelectual. Ahora en vez de centrarse en el cociente intelectual, busca determinar la necesidad de apoyos en función de las habilidades adaptativas de las personas.

2 Objetivos

Identificar y reflexionar sobre la calidad de vida, específicamente en el ámbito de la discapacidad, desde modelos teóricos y herramientas para la medición.

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

Cuando analizamos en su conjunto podemos observar que la valoración de la calidad de vida que realizan los usuarios y la que realizan los profesionales difiere significativa- mente en la escala de autodeterminación , bienestar emocional y relaciones interpersonales siendo superior la valoración que realizan los profesionales sobre la que muestran los DI en todos los casos.Cuando realizamos una diferenciación atendiendo al modo en que viven vemos que en el caso de las personas que viven de forma más autónoma en viviendas tuteladas las diferencias solo son significativas en autodeterminación y en bienestar emocional , siendo siempre superiores las medias obtenidas por los profesionales. Quienes viven en residencia solo difieren en bienestar emocional . Y quienes viven en la unidad familiar difieren en autodeterminación y desarrollo personal quienes tienen un grado menor de discapacidad demandan mayor autodeterminación y

participación para sentirse mejor emocionalmente, aspectos que no parecen ser percibidos del mismo modo por los profesionales que están en contacto con ellos. En su globalidad ya que la percepción de profesionales y usuarios es más o menos acorde según el tipo de dimensión de la que hablemos (más o menos básica), el tipo de vivienda en el que vivan (más o menos potenciadora de la autonomía) y el grado de discapacidad (leve o moderado). Es importante planificar innovaciones significativas en las prácticas profesionales y en la dinámica de los servicios, programas y apoyos que tengan en cuenta las variables. Sobre todo se está utilizando como marco para desarrollar servicios o para evaluar resultados personales. Es sin duda una referencia para reconducir las prácticas que realizan los profesionales, así como para gestionar el rol de las organizaciones. Además, tras conocer tanto las dimensiones como sus indicadores es mucho más fácil planificar y crear programas, actividades y apoyos que permitan promover una mejora en la calidad de vida. El enfoque de la determinación social de la salud-enfermedad asigna una importancia esencial a los factores económicos, sociopolíticos y culturales, postulando que, en torno de ellos, se articulan los elementos biológicos-individuales, el Estado, sus instituciones, su composición social, sus políticas, sus relaciones con otros estados, las tradiciones culturales de los pueblos, su historia, sus perspectivas, la economía mundial, los problemas globales de la humanidad, las relaciones de poder; son algunas de las categorías que de acuerdo con esta concepción deben explorarse para explicar los perfiles de morbilidad, la suficiencia y distribución de los recursos y la dinámica del desarrollo técnico-científico en salud, la organización de los servicios de salud, las relaciones de la salud con las condiciones del medio ambiente, la situación nutricional y alimentaria de la población, la calidad de vida, entre otros. La relación calidad de vida-discapacidad resalta la necesidad de abordarse desde visiones multidimensionales que permitan comprender al ser humano en su integralidad y en la perspectiva del desarrollo. De esta manera, la calidad de vida se convierte en un constructo de amplio alcance que va desde el análisis más objetivo de los aspectos biológicos que hacen referencia a condiciones y componentes de la salud de las personas, hasta los componentes más subjetivos relacionados con la percepción de bienestar por parte de las personas. En este sentido, la calidad de vida se constituye además en una perspectiva complementaria de suma importancia que permite realizar valoraciones objetivas y percibidas de los programas y servicios dirigidos a las personas en situación de discapacidad.

5 Discusión-Conclusión

*Es importante garantizar que todos tengan las mismas oportunidades de participar en todos los aspectos de la vida al máximo de sus capacidades y deseos.

*La inclusión beneficia a las empresas y a las personas con discapacidad, construyendo una sociedad más próspera y equitativa. El trabajo transforma su vida, enriquece su experiencia personal, les da mayor seguridad y autonomía.

*Promover el desarrollo de la medicina, la fisioterapia, la rehabilitación y la terapia ocupacional, entre otras disciplinas, permite a muchas personas con discapacidad recuperar o suplir la capacidad perdida o inexistente, permitiéndoles desarrollar una vida con menores dificultades, aumentando su calidad de vida.

6 Bibliografía

Fantova F. Discapacidad, calidad de vida y políticas públicas. FEPAPDEM 2008; 8: 10-11. [Links]

3. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Research in Development Disabilities 1995;16:51-54. [Links]

4. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica

Capítulo 240

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA, TURNO DE MAÑANA

SHIRLEY ORELLANA LANDIN

ELIA MORENO QUIÑONES

LIDIA ALARCÓN CÁNOVAS

MARIA LUISA GIL SERRANO

BEATRIZ LAFUENTE HISPAN

1 Introducción

El servicio de pediatría es un servicio especial. El TCAE desarrolla una función bastante importante, ya que es el que se encarga de la mayoría de las funciones del servicio supervisado siempre por una enfermera y/o facultativo.

E Técnico en Cuidados de Enfermería deberá tener unos conceptos estrictos y deberá mantener y seguir unos protocolos adquiridos por la supervisora del servicio para así llevar a cabo todas las funciones correctas a realizar.

En este servicio no solo se lleva a cabo la relación con el paciente, si no también con los familiares ya que esta planta el paciente es menos de edad y siempre deberá estar acompañado por un adulto y/o tutor en todo momento.

Hay que tener en cuenta que los niños no son personas adultas por lo que a la hora de trabajar con ellos y realizarle algunas de las funciones ya sea con el facultativo, enfermero o funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería, suele costar más trabajo ya que ellos no entienden prácticamente lo que se les va a realizar o el motivo por el que están ingresados.

Por lo tanto el TCAE tendrá que empatizar en todo momento tanto con los pequeños como familiares, ya que estos también pueden facilitarnos a la hora de realizarle alguna de las funciones.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el servicio de pediatría.

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 y Scielo, Seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como ya hemos dicho, el TCAE realizada una labor muy importante dentro de este servicio.

Al llegar al turno lo primero que debe hacer es tener bien claro el cambio que le ha pasado la compañera con dicha planilla, ya que así estará más seguro a la hora de trabajar sabiendo lo ocurrido a cada paciente y las necesidades de cada uno de ellos.

Una vez que se tiene claro todos los pacientes asignados en ese turno, deberá pasar por cada una de las habitaciones para asegurarse que están bien y no necesitan nada. Realizado esto, será el encargado de reponer todo el servicio, deberá coger todo lo necesario del almacén del servicio.

También es el encargado de repartir los desayunos Una vez que los pacientes han desayunado se encargarán del aseo del paciente, se les entregará el material necesario(toalla, esponjas, peine, gel...) y se les ayudará a bañarle (en este servicio al estar acompañado siempre de un tutor/a con el cual este siempre tiene

más afinidad, por lo tanto suele hacerle la higiene por su comodidad y confianza). Mientras el TCAE le realizará la cama y será el encargado de dejar la habitación en orden recogida. A lo largo de la mañana también se les tomará constantes vitales, que se dejarán apuntadas y reflejadas en el ordenador para que el personal sanitario en caso de alguna urgencia pueda verlo reflejado. Aunque el TCAE vaya realizando las tareas siempre tiene que estar pendiente del facultativo y/o enfermera por si necesitan ayuda o deben realizarle alguna prueba. La llegada de las comidas también deben repartirlas el TCAE y asegurarse de que los pacientes realicen sus comidas correctamente.

Suele haber varias TCAE en el turno, por lo general, aunque cada uno lleve sus pacientes asignados siempre se ayudará a los compañeros mutuamente para así crear mejor ambiente y que el turno se haga más ameno.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el personal sanitario que está más en contacto con pacientes y familiares de los mismos, por esto mismo debe saber transmitir las normas del hospital tanto a los pacientes como a familiares o visitas en la unidad.

Es quien muestra un apoyo continuo al enfermo atendiéndolo en sus momentos más vulnerables como puede ser el aseo diario ya que los pacientes suelen mostrarse incómodos al verse en una situación en la que nunca se han encontrado. Este acercamiento diario crea un vínculo con el paciente que le genera un mínimo de confianza para hacerle la situación más llevadera.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.auxiliar-enfermeria.com.

Capítulo 241

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE UNA INTERVENCION QUIRURGICA

ARIADNA DE LA FUENTE FERNÁNDEZ

ROSA MARÍA DÍAZ FERNÁNDEZ

ALESSANDRA GARCÍA PALICIO

CRISTINA GARCÍA CANO

FRANCISCA BOTANA VÁZQUEZ

1 Introducción

Una intervención quirúrgica, es una operación que se realiza con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de lesiones que han sido causados por enfermedades o accidentes(1).

Cuando un paciente se somete a una intervención quirúrgica (bien sea por su propia voluntad o por motivos de salud), debe tener en cuenta que en ocasiones el proceso puede llegar a ser complicado, largo y sobre todo doloroso.

No todas las intervenciones son iguales ni se realizan de la misma manera por lo que .en una sala quirúrgica siempre van a influir tanto las circunstancias que se den por la propia intervención, como las que se produzcan por el propio paciente, que en realidad son las que juegan un papel determinante.

Por este motivo, es muy importante que los profesionales y en especial los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estén perfectamente formados y sean conocedores de cuál es el proceso quirúrgico, protocolos de actuación y cuales son las actuaciones que han de seguir en cada procedimiento , para que de esta manera el paciente pueda obtener el apoyo mental, espiritual, de acompañamiento e informativo que necesita en esos momentos

Para llegar a realizar estas intervenciones existe detrás lo que se llama proceso quirúrgico, el cual está formado por tres fases(Preoperatorio, Intraoperatorio y Postoperatorio) que reciben el nombre de Perioperatorio.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las funciones del TCAE en la zona quirúrgica.
- Destacar las funciones que realiza el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el proceso que un paciente debe de seguir antes de su entrada a quirófano.
- Distintas fases que hay previas a una intervención

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros relacionados con el tema a tratar y también se han realizado búsquedas en distintas bases de datos como Google Académico, Scielo y Ocronos, buscando palabras claves como: intervención quirúrgica, intraoperatorio. Y en la página de revista médica.com para conocer cuáles son las funciones del TCAE en el quirófano. Y tomando también como referente las propias experiencias hospitalarias

4 Resultados

El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma parte del equipo quirúrgico y realiza su trabajo en coordinación y bajo las indicaciones de las enfermeras. Para poder comprender cuales son las funciones del TCAE un quirófano es necesario saber que, para realizar una intervención quirúrgica el proceso se divide en varias etapas.

1 Preoperatorio (Procedimiento que se sigue antes de entrar en un quirófano),

En esta primera etapa, el tcae colabora tanto con la preparación del quirófano, como la correcta identificación y recepción del paciente, siguiendo los distintos protocolos.

(Sala de quirófano):

- Preparar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico que va a ser utilizado en la intervención
- Colaborar con las enfermeras en la preparación del equipo textil desechable, lavado quirúrgico e instrumental.
- Comprobar los sistemas de aspiración que van conectados a vacío por donde se introduce la anestesia, monitores, conectores de oxígeno, mascarar, monitores, calentadores, bombas de infusión etc.

(Identificación y recepción del paciente):

Tiene como objetivo fundamental que el paciente sienta una correcta acogida, disponga del soporte emocional, y el acompañamiento necesario para que se le realicen los cuidados de calidad que en esta etapa precisa:

- Identificación del paciente, (que llevará una pulsera identificativa) donde el tcae debe de verificar tanto los datos de la historia clínica, cómo los del parte quirúrgico.
 - Proceso de recepción, se realiza mediante la colaboración del tcae con el equipo de enfermería en el encuentro con el paciente, guardando todas sus pertenencias, (prótesis, audífonos, joyas, lentes de contacto.) Y atendiendo las necesidades básicas que precise, (cuña para la orina, preparación de la piel con lubricantes en las prominencias de las zonas ósea para evitar futuras lesiones si la intervención es de larga duración, rasurado en la zona de intervención, aseo corporal).
- 2 Intraoperatorio (Actividades que se realizan durante la cirugía) Dentro de la sala de intervenciones las funciones que realiza el técnico auxiliar de enfermería son tanto dependientes como independiente, formando parte de las siguientes:
- Colocar al paciente en la mesa quirúrgica (el tcae colabora con la correcta posición de este, teniendo en cuenta el tipo de anestesia que se utilice, en el caso de que sea una anestesia raquídea o epidural el paciente debe de colocarse en decúbito lateral o fetal, según las pautas de anestesista)
 - Ayudar a vestir y colocar el equipo de protección al resto del personal que participa en la intervención. (batas quirúrgicas, guantes, mascarillas)
 - Asistir al equipo de enfermería con todas aquellas técnicas que le realicen al paciente (fijación de vías venosas, sondajes.) Incluso a la colocación de apósitos al final de la intervención si se requiere
 - Limpieza del material anestésico utilizado, por si fuera necesario utilizarlo nuevamente durante la intervención.

-Cumplir estrictamente con las técnicas estériles. (Unos de los protocolos más importantes que debe de seguir un tcae por los cuales necesita unos conocimientos previos, es el mantenimiento de los campos estériles, tanto los referidos a las superficies, como a los materiales e instrumental)

- Recogida y limpieza del quirófano. Una vez finalizada la intervención la sala de operaciones debe de quedar en optimas condiciones para que esta pueda ser utilizada nuevamente, para ello el tcae debe de recoger todos los materiales desechables, realizar una correcta limpieza y desinfección del mobiliario, así como el aparataje de este. Siempre utilizando los productos adecuados para cada cosa.

3 Postoperatorio (seguimiento y evolución del paciente tras la operación en la sala de reanimación)

Antes de que el paciente sea derivado a la sala de reanimación donde se encargarán de la evolución del paciente tras su intervención, el tcae debe de prepararlo para que salga en óptimas condiciones del quirófano, para ello debe de realizar un cambio tanto de sabanas como de mantas, comprobar su temperatura y constantes tras la reanimación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El equipo que forman estas unidades debe de tener unas cualidades muy definidas, en especial los técnicos auxiliares de enfermería ya que lo más importante, es proporcionar paciente un estado de tranquilidad, acompañamiento y apoyo emocional necesario ya que en ocasiones ciertas intervenciones pueden llegar a ser traumáticas

Es tan importante que todo personal esté perfectamente cualificado y que trabaje de forma coordinada siguiendo las normas de actuación, protección y protocolos pertinentes hasta que el paciente salga de la sala de intervención.

Los servicios quirúrgicos en los hospitales juegan uno de los papeles mas importantes para las afecciones de los pacientes, incluso llegando a salvar vidas, pero siempre hay que tener en cuenta la profesionalidad del equipo que lo forman ya que son el mayor del que va a disponer el paciente.

6 Bibliografía

- 1.Cuidados del tcae en el postoperatorio www.slideshare.com.
2. Funciones del tcae en el quirófano. [www revistamedica.com](http://www.revistamedica.com)
<http://daeformación.com>.
- 3.(1) Definición de intervención quirúrgica <http://saludonnet.com>.

Capítulo 242

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

NURIA PELÁEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La vida de las personas está compuesta de recuerdos y memorias, siendo estas las vivencias que dicho individuo ha tenido a lo largo de su existir. Dichas memorias son almacenadas en un compartimiento del cerebro que regula esta habilidad. Una habilidad que todo ser humano tiene de manera natural.

Sin embargo, existen factores de diversa índole que pueden condicionar que este centro presente algunas fallas, pero son superables rápidamente, mediante la realización de ejercicios mentales o simplemente haciendo un poco de concentración para recordar aquello que se olvidó.

La memoria no solo almacena recuerdos, sino que también es el centro donde se pueden encontrar los conocimientos que se van adquiriendo y toda información nueva que se va adquiriendo y toda la información que se puede requerir en el día a día, como nombres, teléfonos, direcciones y contraseñas.

Sin embargo, existen personas que por una u otra razón no poseen esta habilidad o la van perdiendo, especialmente cuando se acerca la vejez.

Además de esto, existen diversas patologías que pueden afectar el funcionamiento de la memoria, siendo la más conocida por las implicaciones que tiene, la Enfermedad de Alzheimer (EA).

Esta patología condiciona un cese en el funcionamiento de las neuronas cerebrales, las cuales pierden la conexión con las otras neuronas lo que causa su muerte.

Es conocida también como una de las causas más comunes de demencia, manifestándose con una pérdida de la función cerebral que afecta negativamente diversas esferas del individuo que la padece como la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el entendimiento y el comportamiento.

Es una condición degenerativa e irreversible, cuya progresión afecta no solo al paciente, sino a todo su círculo familiar, ya que altera la rutina y funcionamiento familiar, debido a que la progresión de la enfermedad evita que el paciente sea capaz de cuidar de sí mismo, pues olvida cosas básicas como peinarse y asearse, requiriendo entonces de cuidados constantes por parte de familiares o personal capacitado.

Cuando la enfermedad está muy avanzada, el paciente puede olvidar incluso como comunicarse, a pesar de poder manifestar y entender las emociones, por lo que llega el momento en el que requieren de constante vigilancia y atención especializada.

El origen de la Enfermedad de Alzheimer aún es desconocido, sin embargo, los científicos estipulan que es causada por una acumulación de las placas de Beta amiloides y ovillos neurofibrilares en el cerebro.

Presenta tres estadios, siendo estos leve, moderado y severo, los cuales presentan síntomas que van empeorando de manera lenta y gradual con el paso de los años, aunque la progresión y gravedad de esta puede variar entre individuos.

La Enfermedad de Alzheimer se manifiesta de manera preferencial en personas mayores de 60 años, y con el aumento de la expectativa de vida de la población, su prevalencia puede aumentar drásticamente. Por otra parte, esta enfermedad mayormente en mujeres.

Dada las afectaciones que a nivel cognitivo se presenta en la Enfermedad de Alzheimer, esta es considerada como la primera causa de demencia, y debido al desconocimiento existente sobre su causa, aún no existe un tratamiento curativo para ella, y en la actualidad todos están destinados a ralentizar la progresión de los síntomas.

2 Objetivos

- Realizar una breve reseña histórica de la Enfermedad de Alzheimer.
- Presentar las características principales de la patología.
- Mostrar los tratamientos existentes.

3 Metodología

El siguiente trabajo es una revisión bibliográfica de artículos publicados en las diferentes bases de datos automatizadas (PubMed, Scielo, World Wide Science, ScienceDirect) y en buscadores académicos (Google Scholar) de artículos relacionados con la erupción dental y las alteraciones que pueden presentarse durante él.

Los artículos seleccionados han sido sometidos a una serie de criterios de inclusión y exclusión con la intención de seleccionar los más adecuados para dar respuesta a los objetivos planteados.

Entre estos criterios se encuentran fecha de publicación no mayor a diez años, publicados en inglés o español, de acceso gratuito y con presencia de resumen.

Se debe mencionar, que a pesar de que el periodo de publicación de los artículos seleccionados se estableció en los últimos 10 años, se incluyeron algunos artículos publicados con anterioridad, debido a la colaboración de tipo histórica que brindaba la información de los mismos, sin embargo, la mayoría de los artículos con los que se realizó el presente trabajo han sido publicados durante el periodo de tiempo establecido.

Para realizar esta búsqueda y encontrar los artículos más adecuados a los objetivos presentados, se utilizaron las palabras clave (en inglés y español, según se requiriese) “Enfermedad de Alzheimer”, “Alzheimer Disease”, “Demencia”, “Demencia”.

Con estas palabras se obtuvieron un total de 1500 artículos disponibles, que, al ser sometidos a los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos, permitió descartar 1420 artículos, los 80 artículos restantes fueron sometidos a una primera lectura de su título y resumen, descartando 40 artículos más.

Los restantes 40 artículos, fueron leídos en su totalidad, para mediante su análisis dar respuesta a los objetivos.

4 Resultados

En el año 1907, el Neuropatólogo Alois Alzheimer, describió una serie de manifestaciones que se presentaban en una paciente con demencia, y posteriormente, describió los cambios que observó a nivel cerebral durante la autopsia de esta. En estos cambios observaba pérdida neuronal, así como la presencia de degeneración neurofibrilar, la cual se presentaba en forma de ovillos. Al mismo tiempo, Fischer y Pick, presentaban las “placas seniles”, las cuales eran la acumulación de amiloide que observaban en pacientes mayores de 65 años con demencia.

Sin embargo, no fue hasta el año 1910, cuando se le introdujo con el nombre de Enfermedad de Alzheimer, aunque en sus inicios era considerada una patología rara, y que antecedía a la aparición de la demencia senil. En los años 60 y 70, Roth, Tomlinson y Blessed desarrollarían trabajos importantes que establecerían que el patrón clínico que se manifestaba en la Enfermedad de Alzheimer y la demencia que afecta a las personas mayores no presentaban mayores diferencias entre sí, estableciendo entonces hacia mediados de los años 70 que la Enfermedad de Alzheimer era la causa más común de demencia sin que la edad que el paciente tuviera al momento de su instauración representara alguna diferencia.

En la actualidad, la Enfermedad de Alzheimer representa aproximadamente entre el 50% y el 70% de los casos de demencia, y se prevé que para el año 2050, esta afecte a 115 millones de personas. Además, la demencia es considerada la tercera causa de muerte.

A pesar de que su patogénesis es desconocida hasta los momentos, existen diversas teorías. Una establece que se relaciona con la cascada amiloidea siendo esta la más aceptada. Otras establecen trastornos de la homeostasis de calcio, colesterol y glucosa como contribuyentes. Por otra parte, se cree que el depósito del péptido amiloide β 42 es el factor fundamental.

Se sabe que la Enfermedad de Alzheimer condiciona un deterioro de la memoria, el pensamiento y la conducta del paciente, causado por el deterioro progresivo al que se ven sometidas las células cerebrales, dificultando con ello la capacidad de aprender nuevos conceptos y de llevar a cabo actividades sencillas de la vida diaria.

Dado que se considera que los procesos neurodegenerativos de la Enfermedad de Alzheimer pueden iniciar incluso 30 años antes de que se comiencen a manifestar los síntomas, su detección precoz puede ser de gran ayuda para la instauración

oportuna de un tratamiento que prevenga los daños neurológicos, por lo que en la actualidad se está considerando la posibilidad de utilizar biomarcadores sanguíneos en su diagnóstico.

Se sabe que los marcadores clásicos de la patología son biomarcadores Core que se localizan en el líquido cefalorraquídeo, pero el carácter invasivo de esta y su alto costo económico, dificultan su aplicación clínica.

Por otra parte, a pesar de la gran utilidad que pudiesen representar los biomarcadores sanguíneos, la principal causa de la dificultad de su identificación radica en el avance lento y progresivo de la enfermedad, además que se desconoce qué tan grave puede ser la pérdida que se produce a nivel de la barrera hematoencefálica.

Entre las características definitorias de la Enfermedad de Alzheimer se encuentran olvidos, pérdida de concentración, problemas motrices y de lenguaje, los cuales pueden confundirse fácilmente con las consecuencias del proceso de envejecimiento, siendo por esto que su inicio pase desapercibido ante el paciente y sus familiares, considerándolos algo normal por la etapa de vejez que atravesase, dejando de lado la búsqueda de ayuda profesional.

Cuando la progresión de la enfermedad hace que los síntomas se agraven y se considere la ayuda de un especialista, ya está ha avanzado hacia la memoria inmediata, la frecuencia de los olvidos aumenta, disminuye su capacidad de retener información y aparece la desorientación temporal.

Si bien el diagnóstico de la enfermedad es realizado por un Neurólogo, la evaluación inicial suele ser realizada a través de pruebas que determinan el grado de afectación que a nivel cognitivo el paciente puede presentar.

La Enfermedad de Alzheimer presenta tres etapas, en las cuales se presentan diversos síntomas que van mostrando la progresión de esta.

En su etapa inicial, la pérdida de memoria es recurrente, aunque son insignificantes, comienzan a manifestarse olvidos de la memoria a corto plazo siendo estos más frecuentes y pronunciados, afectando también la capacidad del paciente por adquirir nuevos conocimientos, habilidades y memorias.

El lenguaje comienza a presentar alteraciones y problemas al momento de realizar actividades que involucren la motricidad fina.

En su etapa moderada, las afectaciones lingüísticas se manifiestan en forma de

parafasia, la lectura y escritura empeoran de manera progresiva, y comienzan las dificultades para recordar nombres de familiares y de la memoria a largo plazo. Otros síntomas que se manifiestan en esta etapa de la enfermedad son los desvaríos, episodios de confusión al final del día, labilidad emocional, agresión no premeditada, irritación, y resistencia al cuidado de terceros.

Hacia el final de la enfermedad, la enfermedad comienza a limitar la movilidad del paciente condicionado por el deterioro de la masa muscular, de igual manera disminuye su capacidad de autoalimentarse.

Se pierde la capacidad del lenguaje en su totalidad, sin embargo, es capaz de entender las emociones y transmitirlos. Dado que ya no puede cuidar de sí mismo, aquí ya necesitan de cuidados constantes por lo que se vuelve un ser dependiente. La prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer se estima que ronde el 8 % en los adultos mayores de 65 años, aumentando está con la edad. Específicamente, en España, los estudios poblacionales indica que la demencia tiene una prevalencia que oscila entre el 5,5 % y 5,8 % en los mayores de 65 años, mientras que en los mayores de 70 años la prevalencia oscila entre 8,5 % y 9,4 %.

Desafortunadamente, en la actualidad aún no existe un medicamento que prevenga la enfermedad, por lo que todo tratamiento indicado para esta está destinado a enlentecer la progresión de los síntomas, y reducir el deterioro cognitivo, conductual y funcional.

Para que un medicamento que se incluirá en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer sea aprobado por los entes reguladores respectivos, estos deben lograr que se presente una mejora de, al menos, cuatro puntos en la subescala cognitiva de la Escala de evaluación de Alzheimer, siendo esta una escala de 70 puntos donde las mayores puntuaciones indican un mayor compromiso cognitivo, por lo que si este disminuye el compromiso cognitivo mejorará.

Dado que en la actualidad el tratamiento para esta patología está destinado a la ralentización de su progresión, solo existen dos grupos de medicamentos que están autorizados por los entes gubernamentales pertinentes para su uso en la Enfermedad de Alzheimer.

Por una parte, se encuentran los Inhibidores de Acetilcolinesterasa (IACE) los cuales se indican preferentemente en la etapa inicial de la enfermedad. Estos medicamentos inhiben la acción de la enzima que destruye la acetilcolina, la cual está implicada directamente con los procesos cognitivos afectivos y de la memoria.

En este grupo se incluyen la Galantamina y la Rivastigmina, las cuales no solo inhiben la descomposición de la acetilcolina, sino que también estimulan a los receptores nicotínicos, ya que este libera más acetilcolina, y son utilizados principalmente en las etapas leve y moderada de la enfermedad.

También se encuentran el Donezepil utilizado en cualquiera de las etapas en las que se encuentre la enfermedad, y la Tacrina, que es utilizada en las etapas leve y moderada, ambos medicamentos impiden que la acetilcolina se desponga en el cerebro.

También se puede encontrar otro grupo de medicamentos, llamados inhibidores de glutamato, los cuales protegen las células cerebrales, a través de la regulación del químico que se encarga de regular la comunicación neuronal, el glutamato. Este químico se encuentra asociado al aprendizaje y a la memoria, y el mismo se libera en grandes cantidades en pacientes con Alzheimer. Suelen ser utilizados durante las etapas moderadas y graves de la enfermedad, protege a las neuronas del exceso de glutamato, que ocasiona su muerte.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de alzhéimer, como bien se ha podido conocer con la realización del presente trabajo, es un cuadro que presenta toda una serie de síntomas de forma progresiva.

Sus orígenes de reconocimiento, se han encontrado en tiempos un tanto recientes, ya que se ubican en los primeros años del siglo pasado. Si se aplica una comparación con otras patologías, es verdaderamente reciente su identificación.

Con estos descubrimientos y estudios, se pudo lograr obtener un patrón clínico de la enfermedad llegándose a configurar como uno de los cuadros que mayor afectación e incidencia posee en la población de edades avanzadas.

En sí, es una enfermedad que genera preocupación, ya que la misma es degenerativa, lo que procura que quien la padece, con el avance de la misma, se vea imposibilitado de realizar hasta sus tareas más básicas.

Como bien se ha podido conocer los síntomas de un paciente de Alzheimer, pueden iniciar incluso treinta años antes de su reconocimiento por parte de un profesional, y se caracterizan por un olvido de cosas o información cotidiana, siguiendo así una sucesión de etapas, donde los olvidos se hacen más frecuentes,

y se presentan incluso problemas del habla llegando a su punto final donde aparecen los problemas de movilidad.

Otro punto resaltante de la investigación realizada respondía a identificar que tratamientos se aplican para esta enfermedad pudiendo conocer, que no existe un medicamento específico que prevenga o erradique al alzhéimer, sino que existen tratamientos que se enfocan en disminuir la velocidad de progresión de los síntomas.

Por lo que puede finalizarse señalando, que esta enfermedad se configura como una de las más frecuentes en pacientes de la tercera edad y que preocupa a la comunidad médica, por su alta incidencia.

Además de que el hecho de que no exista un tratamiento que la erradique, deja a quienes la padecen con un destino poco favorable, ya que la dependencia en las etapas futuras de la misma aumenta considerablemente.

6 Bibliografía

1. Díaz José Luis. Persona, mente y memoria. Salud Ment [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2022 Jun 06] ; 32(6): 513-526. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600009&lng=es.
2. Radiology Info (INTERNET), Enfermedad de Alzheimer, Actualizada abril 2022, (citado 06 junio 2022) Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/alzheimers>
3. TAKEUCHI YURI. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2000 Apr [cited 2022 June 06] ; 29(2): 119-126. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502000000200004&lng=en.
4. González V, Martín C, Martín M, González M, García F, Riu S, La enfermedad de Alzheimer, Rev Semergen, 30(1):18-33, 2004, (citado 06 junio 2022) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359304742665>
5. Altuna Azkargorta, M., and M. Mendioroz Iriarte. "Biomarcadores sanguíneos en la enfermedad de Alzheimer." Neurología 36.9 (2021): 704-710. (citado 06 junio 2022) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318300914>
6. Naranjo Hernández Ydalsys, Pérez Prado Lay Yamila. Care of the patient with Alzheimer's disease. AMC [Internet]. 2021 Feb [citado 2022 Jun 06] ; 25(

1): e7299. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000100014&lng=es.

Epub 01-Feb-2021.

7. López O, Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Arch Med Internar, 2015, 37(1):61-67, (citado 06 junio 2022) Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n2/v37n2a03.pdf>

8. Navas Y, Áreas cognitivas y estructuras cerebrales afectadas en la Enfermedad de Alzheimer y su relación con la prevalencia de alteraciones de tipo emocional: Una revisión narrativa, Trabajo de Fin de Grado, 2021, (citado 06 junio 2022) Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17296/1/Navas_Clares_YolandaLourdes_TFG_Psicologa.pdf

9. Birks JS, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jun 18;6(6):CD001190. doi: 10.1002/14651858.CD001190.pub3. PMID: 29923184; PMCID: PMC6513124. (citado 06 junio 2022) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29923184/>

10. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005593. DOI: 10.1002/14651858.CD005593, (citado 06 junio 2022) Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD005593/DEMENTIA_los-inhibidores-de-la-colinesterasa-cei-donepezilo-galantamina-y-rivastigmina-son-eficaces-para-la#:text=Los%20inhibidores%20de%20la%20acetilcolinesterasa,de%20Alzheimer%20leve%20a%20moderada.

11. Birks J, Wilcock GGW. Velnacrina para la enfermedad de Alzheimer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>.

(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (citado 06 junio 2022) Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD004748/DEMENTIA_velnacrina-para-la-enfermedad-de-alzheimer

12. National Insitute on Aging, ¿Cómo se trata la enfermedad de Alzheimer? Actualizado Noviembre 2021, (citado 06 junio 2022) Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/medicamentos-enfermedad-alzheimer>

13. Alzheimer's Association (INTERNET), Alzheimer y demencia, S/F, (citado 06 junio 2022) Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/etapas?lang=es-MX#:text=La%20enfermedad%20de%20Alzheimer%20generalmente,Alzheimer%20de%20una%20forma%20distinta>.

Capítulo 243

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON DEMENCIA

ALICIA SANTOS

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

1 Introducción

La demencia es un síndrome adquirido, producido por patología orgánica que, en un paciente sin alteraciones de nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores y provoca una incapacidad funcional en el ámbito social, personal y/o laboral según Marsden, puestas de manifiesto por anormalidades en el examen clínico y las pruebas neuropsicológicas.

La OMS define la demencia como: "Un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas, la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña

por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación”.

Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculocerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

Desde la vertiente psiquiátrica se trata de: ”Un síndrome mental orgánico que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad. Todas estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir negativamente en las actividades de interrelación laborales y sociales”.

Toda terapia para la demencia debería dirigirse hacia tres objetivos:

- Evitar su aparición (es prácticamente imposible en las demencias degenerativas, pero no así en las secundarias y vasculares).
- Impedir o ralentizar su progreso.
- Paliar su afectación funcional

2 Objetivos

Exponer e indicar los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a la persona con demencia en los centros sanitarios

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en revisar bibliografía sobre literatura científica existente. Habiendo realizado una búsqueda de libros y también consultando artículos seleccionados procedentes de publicaciones científicas académicamente revisados, así como bases de datos

4 Resultados

La OMS (organización mundial de la salud) dio en 1992 unas recomendaciones sobre el paciente demente y su familia, tendentes a disminuir el impacto de esta enfermedad sobre sus cuidadores.

La responsabilidad del TCAE (auxiliar de enfermería) y del resto del equipo de

atención primaria ante el paciente y su familia debe dirigirse hacia cuatro sectores de actuación:

1. Informar al paciente y a su familia sobre el síndrome demencial y su evolución:

- La pérdida de memoria es usual en las personas de edad avanzada y suele progresar lentamente (no en todos los casos es así, pero sí es la tónica general).
- Los problemas de comportamiento (agitación, suspicacia, alteraciones emocionales) son consecuencia de esta pérdida de memoria y de la confusión mental que se produce.

2. Asesorar a la familia acerca de:

- Los cuidados del paciente con demencia.
- Los cambios ambientales.
- Los recursos asistenciales.
- Los aspectos legales.

3. Atender los procesos intercurrentes (enfermedades que sobrevienen en el curso de la demencia y que modifican a la misma en un grado más o menos alto) y los trastornos de la conducta.

4. Apoyar a los cuidadores.

La actuación del TCAE en el paciente con demencia se sustenta en elaborar un plan de cuidados para lo cual es fundamental contar con la cooperación del propio paciente. Uno de los principios más importantes en el cuidado de pacientes seniles es animarles a hacer por sí mismos todo cuanto les sea posible, dentro de las limitaciones de su salud física y mental. Debemos estar a su lado para ayudarles, estimularles y dirigirles, pero se les debe dejar hacer lo que puedan a ellos solos.

Los cuidados irán encaminados en los siguientes aspectos:

- Hábitat.
- Higiene adecuada.
- Nutrición y alimentación.
- descanso y relajación.
- Ejercicio físico.
- Cuidados médicos preventivos.
- Profilaxis dentaria.
- Actitudes mentales reforzadas.
- Funciones de relación.
- Seguridad.

Siguiendo todas estas pautas de trabajo en equipo desde el ámbito sanitario se intentará conseguir al mayor bienestar al paciente, así como a su entorno más directo.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es de especial relevancia ante una persona con demencia, ya que es el principal vínculo, en la gran parte de los casos, entre dicho paciente y su entorno social.

Una buena praxis de las terapias y tratamientos realizados con la persona con demencia pueden ayudar a mejorar su estilo de vida así como la relación directa con su ámbito social directo, para lo cual también es fundamental contar con la colaboración de la familia (si tuviese), y prestarles el apoyo sanitario y emocional necesario. Poniendo a su alcance los medios pertinentes para reforzar de manera óptima todo el trabajo que se realiza desde el ámbito sanitario y así conseguir el mayor bienestar posible tanto para el enfermo con demencia como para su entorno.

6 Bibliografía

1. Estimulación psicocognitiva en las demencias Inés Fransés, M. Barandiarán, T. Marcellán, L. Moreno. Anales del sistema sanitario de Navarra 26(3), 383-403-2003.
2. La demencia senil: guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria. Alejandra Rota Zaratiegui. Universidad pública de Navarra Junio 2014.

Capítulo 244

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON DEMENCIA SENIL

ALICIA SANTOS

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

1 Introducción

La demencia es un síndrome adquirido, producido por patología orgánica que, en un paciente sin alteraciones de nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores y provoca una incapacidad funcional en el ámbito social, personal y/o laboral según Marsden, puestas de manifiesto por anormalidades en el examen clínico y las pruebas neuropsicológicas.

La OMS define la demencia como: "Un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas, la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña

por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación”.

Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculocerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

Desde la vertiente psiquiátrica se trata de: “Un síndrome mental orgánico que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad. Todas estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir negativamente en las actividades de interrelación laborales y sociales”.

Toda terapia para la demencia debería dirigirse hacia tres objetivos:

- Evitar su aparición (es prácticamente imposible en las demencias degenerativas, pero no así en las secundarias y vasculares).
- Impedir o ralentizar su progreso.
- Paliar su afectación funcional.

2 Objetivos

Exponer e indicar los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a la persona con demencia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en revisar bibliografía sobre literatura científica existente. Habiendo realizado una búsqueda de libros y también consultando artículos seleccionados procedentes de publicaciones científicas académicamente revisados, así como bases de datos.

4 Resultados

La OMS dio en 1992 unas recomendaciones sobre el paciente demente y su familia, tendentes a disminuir el impacto de esta enfermedad sobre sus cuidadores.

La responsabilidad del TCAE y del resto del equipo de atención primaria ante el paciente y su familia debe dirigirse hacia cuatro sectores de actuación:

1. Informar al paciente y a su familia sobre el síndrome demencial y su evolución:

- La pérdida de memoria es usual en las personas de edad avanzada y suele progresar lentamente (no en todos los casos es así, pero sí es la tónica general).
- Los problemas de comportamiento (agitación, suspicacia, alteraciones emocionales) son consecuencia de esta pérdida de memoria y de la confusión mental que se produce.

2. Asesorar a la familia acerca de:

- Los cuidados del paciente con demencia.
- Los cambios ambientales.
- Los recursos asistenciales.
- Los aspectos legales.

3. Atender los procesos intercurrentes (enfermedades que sobrevienen en el curso de la demencia y que modifican a la misma en un grado más o menos alto) y los trastornos de la conducta.

4. Apoyar a los cuidadores.

La actuación del TCAE en el paciente con demencia se sustenta en elaborar un plan de cuidados para lo cual es fundamental contar con la cooperación del propio paciente. Uno de los principios más importantes en el cuidado de pacientes seniles es animarles a hacer por sí mismos todo cuanto les sea posible, dentro de las limitaciones de su salud física y mental. Debemos estar a su lado para ayudarles, estimularles y dirigirles, pero se les debe dejar hacer lo que puedan a ellos solos.

Los cuidados irán encaminados en los siguientes aspectos:

- Hábitat.
- Higiene adecuada.
- Nutrición y alimentación.
- descanso y relajación.
- Ejercicio físico.
- Cuidados médicos preventivos.
- Profilaxis dentaria.
- Actitudes mentales reforzadas.
- Funciones de relación.
- Seguridad.

Siguiendo todas estas pautas de trabajo en equipo desde el ámbito sanitario se intentará conseguir al mayor bienestar al paciente, así como a su entorno más directo.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es de especial relevancia ante una persona con demencia, ya que es el principal vínculo, en la gran parte de los casos, entre dicho paciente y su entorno social.

Una buena praxis de las terapias y tratamientos realizados con la persona con demencia pueden ayudar a mejorar su estilo de vida así como la relación directa con su ámbito social directo, para lo cual también es fundamental contar con la colaboración de la familia (si tuviese), y prestarles el apoyo sanitario y emocional necesario. Poniendo a su alcance los medios pertinentes para reforzar de manera óptima todo el trabajo que se realiza desde el ámbito sanitario y así conseguir el mayor bienestar posible tanto para el enfermo con demencia como para su entorno.

6 Bibliografía

1. Estimulación psicocognitiva en las demencias Inés Fransés, M. Barandiarán, T. Marcellán, L. Moreno. Anales del sistema sanitario de Navarra 26(3), 383-403-2003.
2. La demencia senil: guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria. Alejandra Rota Zaratiegui. Universidad pública de Navarra Junio 2014.

Capítulo 245

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD EN LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL

ALICIA SANTOS

ALBA HERVAS RUIZ

JOSEFRANCISCO PINA VIZCAINO

MARÍA JOSÉ JORGE GARCÍA

NURIA FERNÁNDEZ PRIETO

1 Introducción

El origen de la confidencialidad está supeditado por el juramento de Hipócrates. “Todo lo que habré visto u oído durante la cura o fuera de ella en la vida común, lo callaré y lo conservaré siempre como un secreto, si no me es permitido decirlo. Si mantengo perfecta e intacta fe en este juramento que me sea concedida una vida afortunada y la futura felicidad en el ejercicio del acto, de modo que mi fama sea alabada en todos los tiempos; pero si fallara el juramento hubiera jurado en falso, que ocurra lo contrario”. Desde entonces, se intenta apreciar la confidencialidad en el ejercicio de la medicina, no solo en los aspectos meramente clínicos, sino en todo lo inherente a la dignidad de la persona y al respeto que esta merece.

El equipo de enfermería encargado del cuidado de los enfermos, está referenciado en el Juramento de Florence Nightingale donde se expresa que “el equipo de enfermería mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con otras personas en caso necesario”.

La Organización Internacional de la Salud indica que los diferentes registros médicos electrónicos se deben utilizar para visualizar, recuperar e intercambiar información sobre los pacientes; y así, mejorar la seguridad, la calidad y la eficiencia en la atención.

Es relevante destacar la diferencia entre el secreto médico como compromiso de este profesional de guardar silencio sobre el paciente y la confidencialidad como derecho que tiene el paciente a que todos los que conozcan sus datos respeten su intimidad. Es necesario por ello, su correcta puesta en práctica por parte de todos los profesionales que conforman los equipos médicos; sin embargo, existe una escasez de información sobre cómo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en salud mental, entiende las reglas de confidencialidad sobre cuando decide retener o divulgar información confidencial en determinadas circunstancias.

2 Objetivos

Clarificar e identificar las alternativas de confidencialidad que puede adoptar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de la salud mental

3 Metodología

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos y recursos electrónicos: Pubmed, Web of Science, EBSCO HOST, Biblioteca Cochrane y SciELO. Se seleccionaron los descriptores: “Confidentiality, Nursing Care, Mental Health”. Los criterios de inclusión fueron que los artículos no tuvieran más de 10 años y hablarán del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la confidencialidad del paciente con enfermedad mental.

4 Resultados

Diversos estudios han indicado la existencia de una dicotomía respecto al manejo de información comprometida por parte del técnico en cuidados auxiliares de

enfermería en salud mental; coexistiendo así, una falta de conocimiento de las reglas de confidencialidad o un incumplimiento por antonomasia.

En consecuencia, en un estudio llevado a cabo, se descubrió que la existencia de posibles riesgos susceptibles de deliberar por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, sobre si retener o divulgar la información del paciente con enfermedad mental, supusieron una dificultad para predecir con certeza.

Sin embargo, en muchas ocasiones en las que debían de deliberar el posible riesgo para así divulgar o no la información comprometida, prevalecía su juicio clínico no estructurado. Por tanto, se pudo corroborar que cuando este profesional toma decisiones respaldadas por su juicio clínico no fundamentado, difiere de la puntuación que se obtiene del instrumento estructurado de evaluación de ese mismo riesgo.

Por otro lado, en un estudio se indica que la comprensión de la enfermedad, la comunicación pacífica y las relaciones incondicionales con los pacientes por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, les ayuda a tomar conciencia de sus propias necesidades de cuidado y soportar la fase crítica de su enfermedad psicótica. Para ello, estos profesionales necesitan poseer conocimientos, sensibilidad, habilidades y responsabilidades especiales que van más allá de las pautas estandarizadas, y así, ajustarse a las necesidades cambiantes de las personas que padecen una enfermedad psicótica y a su situación clínica actual. Esto permitirá que los pacientes expresen de forma abierta momentos de confirmación de su enfermedad y pueda ayudarles a sentirse mejor y a usar diferentes recursos personales e interpersonales en el proceso de mejorar su salud.

5 Discusión-Conclusión

En la evaluación de posibles riesgos que puedan constituir un problema para el propio paciente o para otros, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en salud mental en su práctica diaria, tiende a preferir su juicio clínico no estructurado frente a los métodos profesionales y legales. Se ha podido evidenciar, por tanto, que es una mala praxis que puede constituir una violación de la confidencialidad de estos pacientes. Sin embargo, se constata que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sí centra su actuación profesional en satisfacer las necesidades de seguridad, protección y atención de las personas con enfermedad mental, contribuye de forma significativa en su sentimiento de mejora en el proceso clínico.

6 Bibliografía

1. Cleary, M., Horsfall, J., Hunt, G.E.(2013). Reflective assignments in mental health nursing courses: factors to consider. *J Bioeth Inq*, 11(3): 311-8.
2. Fidel, S.G., Eiroa-Orosa, F.J., Giannoni-Pastor, A., Tasqué-Cebrián, R. (2013). Confidentiality in electronic medical records in hospital mental health. *Med Clin (Barc)*, 140(1): 30-7.
3. Van de Bovekamp, H.M., Trappenburg, M.J. (2012), Comparative review of family-professional communication: what mental health care can learn from oncology and nursing home care. *Int J Ment Health Nurs*, 21(4): 366-85.
4. Chan, B.W., O'Brien, A.M. (2011). The right of caregivers to Access health information of relatives with mental illness. *Int J Law Psychiatry*.
5. Seberg En, K., Norberg, A., Tal Seth A.G. (2016). Confirming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: an interview study. *BMC Nurs*, 15:3

Capítulo 246

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA BUSTELO LOBO

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar, o CPR, por sus siglas en inglés, es un conjunto de operaciones temporales y estandarizadas que aseguran el suministro de oxígeno a los órganos vitales cuando la circulación sanguínea de una persona está alterada. La detención del corazón es la causa de la parada cardíaca.

Los componentes principales de la RCP básica son la llamada al SEM dentro o fuera del hospital y el uso de compresiones torácicas (masaje cardíaco externo, ECM), así como la respiración artificial (ventilación artificial). Otros factores que pueden estar implicados son los desfibriladores externos automáticos² y el uso de maniobras antiatragantamiento. Las recomendaciones específicas para la RCP varían según la edad del paciente y la causa del paro cardíaco. La RCP ha demostrado ser eficaz cuando la realiza gente capacitada en esta técnica. ser eficaz para salvar vidas. Aunque un estudio publicado en 2010 cuestionó el alcance del procedimiento, solo el 8 % de 95.000 pacientes dieron positivo.

La gente común suele iniciar acciones que le permiten sobrevivir a la persona que

fue víctima de muerte súbita y consisten en cinco eslabones básicos, en algunos casos conocidos como la cadena de supervivencia:

- Reconocimiento inmediato de un paro cardíaco y activación del sistema de respuesta de emergencia.
- RCP temprana con énfasis en las compresiones torácicas fibrilación rápida.
- Soporte vital para mejorar la eficiencia.
- Atención integrada después de un paro cardíaco.

2 Objetivos

El objetivo principal de este proyecto o trabajo de investigación, es conocer cuáles son las principales funciones del TCAE en las técnicas de la RCP.

3 Metodología

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

4 Resultados

Procedimientos de reanimación pulmonar primeros auxilios:

Alguien necesita llamar a los servicios médicos de emergencia.

Acueste al paciente sobre una superficie no lisa. Abra la boca del paciente y retire la dentadura postiza (si la tiene) y cualquier resto visible allí.

Si no se siente el pulso (en el cuello, en la arteria carótida), inicie la reanimación cardiopulmonar (RCP). Párese del lado del paciente y coloque sus manos (una encima de la otra) aproximadamente en la mitad inferior del esternón (esternón). Comprima el pecho 30 veces, luego haga dos respiraciones, repitiendo este ciclo de compresión e inhalando continuamente. Comprima el pecho a una profundidad de unos 5 cm, a un ritmo de 100 a 120 veces por minuto (alrededor de dos veces por segundo). En el caso de ventilación mecánica, se debe cerrar la nariz del paciente e introducir aire en la boca (cerrada, sin aire). Los niños pequeños pueden necesitar cubrirse la nariz y la boca con la boca del rescatista. Se puede observar que la caja torácica del paciente aumenta con cada ventilación. No infle

demasiado. Si hay respiradores o filtros de ventilación disponibles, deben usarse colocándolos entre la boca del rescatador y la de la víctima para sellar la cara y prevenir infecciones. Hay dos personas para realizar la reanimación, una de las cuales puede ser descompresión y ventilación mecánica. Esto permite el doble de respiraciones (dos por cada 15 compresiones), aunque solo lo recomiendan si la víctima es un niño, y el estándar general sigue siendo dos respiraciones por cada 30 compresiones.

Algunas de las funciones del TCAE en la técnica de la RCP pueden ser: Determinar el estado de PCR y activar el sistema de procedimiento RCP. Iniciación de operaciones básicas o de supervivencia inmediata (SVB). Realizar una desfibrilación precoz en caso de fibrilación ventricular y TV sin pulso. Iniciar Soporte Vital Avanzado (SVA) con el resto del equipo.

5 Discusión-Conclusión

Los cursos básicos de RCP para el público en general son un método útil de formación teórica y práctica, ayudando a las personas a mejorar su capacidad para actuar correctamente y hacer frente a situaciones de emergencia.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una operación de emergencia. Se trata de una presión regular sobre el pecho de una persona mientras se detiene la respiración para que el oxígeno pueda seguir llegando a sus órganos vitales.

Todas las personas, deberían de recibir una formación sobre la técnica de como realizar la RCP debido a que es muy importante hoy en día ante cualquier situación que pueda suceder de imprevisto.

6 Bibliografía

1. Artículo en la revista Circulation, volumen 122, n.º 18; suplemento 3; 2 de noviembre de 2010.
2. Stiell, Ian: New England Journal of Medicine, del 12 de agosto de 2004.
3. «Soporte vital básico», artículo en el sitio web Reanimando a Chile.
4. Pérez Viguera, J. et al. (2015) Reanimación cardiopulmonar básica y manejo del desfibrilador. ISBN 978-1518751837.

Capítulo 247

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA

JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

El T.C.A.E. (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería), junto con el resto del personal sanitario, debe asegurar que la movilización de los pacientes tras una intervención de fractura de cadera sea adecuada, así como los cuidados con respecto a su higiene y correcta cicatrización de la herida, con el fin de minimizar futuros problemas, así como evitar las molestias y/o dolor que pueda producir dicha movilización.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe explicar y ayudar al paciente intervenido y a sus familiares en todo lo necesario, para que los cuidados posteriores a la intervención hagan que esta sea un éxito.

La finalidad de la operación de cadera es recuperar la absoluta normalidad en los movimientos del paciente sin que este sienta molestia dolor alguno.

El personal sanitario que atiende al enfermo intervenido, de cadera, del que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma parte, debe tener la formación necesaria, en los cuidados que el paciente necesita tras este tipo de operaciones para que el paciente alcance lo mas pronto posible el objetivo final marcado en

dicha operación así como la correcta cicatrización de la herida, facilitándole al paciente y a los encargados de sus cuidados, tras el alta hospitalaria, la información que necesiten.

2 Objetivos

Describir la importancia del TCAE en la movilización del paciente intervenido de fractura de cadera en el centro hospitalario

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la operación, el paciente permanecerá en la cama tendido boca arriba con un cojín entre las piernas. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (T.C.A.E.) es el encargado de la higiene del paciente o el cambio de ropa, para el cual debe colocarlo de manera lateral, sobre el lado sano, sin quitar la almohada entre las piernas para evitar la aducción de la cadera.

Si las recomendaciones del facultativo lo permiten, tras 24-48 horas de la operación, el T.C.A.E. debe sentar al paciente.

Lo primero que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe hacer, es explicar al paciente, los cuidados que le va a realizar, para que este no se ponga nervioso y colabore. Así mismo el T.C.A.E. debe valorar las personas que deben intervenir en la movilización del paciente según su complexión, grado de colaboración, etc.

Es importante la pronta movilización del paciente para que este recupere pronto la movilidad absoluta sin dolores y lesiones nuevas, para lo que los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son de vital importancia, para enseñar y ayudar al paciente en sus primeros movimientos tras la operación.

Como ya hemos comentado en la introducción, tanto el paciente como los encargados de atenderle, tras el alta hospitalaria, deben estar al corriente de los

cuidados necesarios que este necesita, por lo que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el facultativo encargado del enfermo, les informará de todo lo necesario para que el paciente obtenga los mejores resultados tras la intervención.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (T.C.A.E.) debe tener los conocimientos necesarios, en este tipo de operaciones y sus posteriores cuidados, para llevar a cabo de manera eficaz su labor.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de la intervención de cadera, principalmente es consiste que el paciente recupere su movilidad y lleve una vida lo más normal posible sin dolor.

El paciente debe seguir las instrucciones del personal médico hasta la completa cicatrización de la herida, así como utilizar, en un primer momento, andadores u otro tipo de material para ayudarlo en sus primeros pasos, tras la intervención. La correcta movilización del paciente intervenido de cadera es sumamente importante para garantizar el éxito de la operación, así como evitar los problemas que puedan sobrevenir, por eso es de suma importancia que tanto el paciente como los encargados de sus cuidados reciban la información necesaria tras el alta hospitalaria.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>.
- <https://www.dialnet.uniroja.es>.
- <https://es.wikipedia.or>

Capítulo 248

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARTO Y TRAS EL MISMO

JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

En el presente trabajo veremos la importante labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el momento del parto y después del mismo.

La labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería parte desde el mismo momento que la paciente acude al hospital, ya que después de pasar por control, este la acompaña en todo momento, hasta el momento de entrar en el paritorio. Le facilita todo lo necesario durante su estancia en el centro hospitalario, tanto a nivel de información, a ella y a sus acompañantes, como de cuidados.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería sirve de apoyo a los facultativos tanto antes del parto, en la preparación de todo lo necesario para que este se lleve a cabo de la manera correcta, como después de este, limpiando la sala de partos, atendiendo al bebé, al cual le realizara las pruebas que tanto matrona como neonatólogo recomienden, y posteriormente acompañara a la madre hasta la habitación en la que permanecerá hasta el momento del alta hospitalaria.

En definitiva, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, está al servicio tanto de la madre que acude a parir como del facultativo que atiende a la misma.

2 Objetivos

-Conocer la labor del TCAE en el trabajo del parto y tras el mismo.

3 Metodología

Para la elaboración de este 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, Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las labores que el TCAE debe realizar en el área de partos son, entre otras:

- Preparar y comprobar todo el material que se vaya a utilizar en el paritorio.
- Preparar y comprobar que haya todo lo necesario para el recién nacido, desde las gasas esterilizadas hasta las pinzas utilizadas para el cordón umbilical.
- Preparar y comprobar la medicación que el bebe va a necesitar en el momento de su nacimiento.
- Preparar todo lo que se pueda necesitar en caso de tener que llevar a cabo una reanimación.
- Preparar la cuna y la incubadora (si fuese necesario) para el recién nacido.
- Recogerá, pesará y vestirá al recién nacido, así como la toma de sus huellas digitales y plantares, y también le pondrá la pulsera que lo identifica, en el tobillo. Cuando el recién nacido y su progenitora estén en la habitación les facilitará todo lo necesario para que tanto la madre como el bebe estén cómodos, cubriendo todas sus necesidades.

También ayudará a la recién mama en la lactancia e higiene del bebe, sobre todo, si esta fuese primeriza.

En el presente trabajo, hemos constatado la implicación directa del TCAE en el trabajo del parto y tras él, tanto en la preparación de todo lo necesario para que este llegue a buen término como tras el mismo. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería está siempre pendiente de lo que necesiten tanto los facultativos, que forman parte del equipo de partos como de las necesidades de la mama hasta que esta reciba el alta hospitalaria, también informara a los familiares de esta, en todo momento, del estado de ella y del bebe.

5 Discusión-Conclusión

En el presente trabajo hemos comprobado la importantísima labor del TCAE en la sala de partos, antes y después del alumbramiento. El TCAE es el encargado de comprobar que todo el material esté dispuesto para el momento del trabajo de parto, atenderá tanto a la futura mama como a los facultativos encargados del parto. Tras el parto el auxiliar se encarga de recoger el paritorio, hacer las pruebas que soliciten la matrona y el neonatólogo al bebe y posteriormente acompañar a la mama a la habitación donde permanecerá hasta el momento del alta hospitalaria, proporcionándole la ayuda necesaria en todo momento a ella y al bebe.

6 Bibliografía

- www.astursalud.com
- Revista electrónica de portales médicos.com

Capítulo 249

EL AUXILIAR Y LAS TÉCNICAS PARA AFRONTAR CONFLICTOS Y RECLAMACIONES EN EL ENTORNO SANITARIO

LORENA LÓPEZ ABRIL

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

1 Introducción

Cuando hablamos de reclamación, nos referimos a un mecanismo por el cual un ciudadano, al considerar que sus derechos han sido vulnerados por una persona, empresa o institución, pone en marcha un proceso con todas las herramientas de las que dispone para defender dichos derechos y solucionar la actuación de la que ha sido víctima.

Las quejas son manifestaciones o expresiones que muestran la molestia o insatisfacción de una persona con respecto a una actuación concreta.

Una sugerencia es una proposición de ideas, consejos o actuaciones que un individuo le hace a otro de cara a mejorar en un futuro. Supone una invitación educada, no una obligación.

Cualquier interacción puede dar origen a un conflicto entre dos o más personas. El entorno laboral no es una excepción, y es corriente que surjan pequeños problemas o desacuerdos. En estos casos, lo importante es conocer la causa del problema para poder superarla. El mediador puede jugar un papel trascendental en la búsqueda de un acuerdo.

Las quejas, sugerencias y reclamaciones pueden ser ejercidas por cualquier persona que considere que el trato recibido no ha sido el adecuado. Para ello, las administraciones disponen de una serie de herramientas a disposición pública.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, sentó las bases de nuestro actual sistema de salud. Su artículo 10.12 se refiere a las reclamaciones y sugerencias.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con las técnicas para la resolución de conflictos en el entorno sanitario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Existen una serie de métodos que nos permitirán resolver los conflictos que puedan ir surgiendo:

- Negociación: supone la búsqueda de una solución intermedia y pacífica. La salida suele ser algo conjunto, de modo que ambas partes ceden.

- Arbitraje: cuando es imposible que ambas partes lleguen a un acuerdo por sí solas, es normal que intervenga una tercera persona o árbitro. Este buscará un acuerdo que debe ser aceptado por las dos personas involucradas.

- Mediación: al igual que el arbitraje, requiere de una tercera persona. Sin embargo, este tercer sujeto es un especialista ajeno a la disputa.

Dispone de unas herramientas que un árbitro no tendría.

- Conciliación: las dos partes intentan encontrar un acuerdo y, en lugar de intentar solucionar el problema de manera pacífica o autónoma, un representante de la legalidad, conocido como conciliador, hará de interventor.

- Amigable composición: las personas sumidas en el conflicto nombran a uno o varios terceros sus mandatarios, quienes serán los responsables de solucionar el conflicto. Dichos mandatarios gozan de prestigio y experiencia.

La interención del líder es fundamental para solucionar conflictos entre trabajadores. El empresario, además de gestionar la empresa, asume una serie de responsabilidades con respecto a sus trabajadores. Por ello, se recomienda que tenga en cuenta una serie de elementos:

- No hacer oídos sordos ante un conflicto, pensando que es un problema entre dos trabajadores.

- No permitir que un pequeño problema empeore. Es mejor reunir a los implicados y ver cuál puede ser la salida. Esto incluye las medidas preventivas.

- Todo conflicto laboral requiere imparcialidad y raciocinio.

- El contacto entre los implicados debe basarse en el respeto y la tolerancia mutuos.

- Encontrar salidas convenientes y pacíficas.

- Tomar nota para evitar que suceda lo mismo en el futuro.

De todo conflicto se puede extraer una gran lección para ir aprendiendo a hacer frente a situaciones complicadas.

En caso de no resolverse el usuario o profesional puede presentar una reclamación, el personal sanitario es el encargado de tramitar y proporcionar al ciudadano todas las herramientas que le amparan por ley.

Una vez presentados los escritos, las autoridades analizarán cada caso.

Se realiza un informe que recoge hechos y pruebas documentales. La respuesta, que será enviada personalmente al afectado o los afectados.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, la presentación de quejas, sugerencias y reclamaciones persigue la satisfacción y reconocimiento de derechos fundamentales.

Por ello, todos los centros sanitarios de una comunidad autónoma (públicos o privados concertados) tienen necesariamente que disponer de mecanismos que faciliten la presentación de dichos escritos.

Para la presentación de quejas, sugerencias y reclamaciones, existe un modelo normalizado a disposición del ciudadano. Se puede encontrar en las dependencias de la Consejería de Sanidad y en cualquier establecimiento dependiente de esta. Los centros privados concertados también tienen estos modelos a disposición.

Hemos podido conocer una serie de herramientas que nos serán de gran ayuda para intentar en la medida de lo posible llegar a estos extremos, pudiendo resolver el conflicto sin perjuicio para ninguna de las partes.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 250

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA EN EL ENTORNO SANITARIO

LORENA LÓPEZ ABRIL

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

1 Introducción

Llamamos deontología profesional al conjunto de reglas y principios éticos que rigen la conducta profesional del individuo. Gracias a dichas normas, el colectivo profesional puede exigir el cumplimiento de los deberes a un sujeto concreto.

Las normas están recogidas en los códigos deontológicos y suelen afectar a todas las profesiones tanto sanitarias como no sanitarias.

En este sentido, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también está sujeto al código deontológico del profesional sanitario, al igual que el resto de profe-

sionales (médicos, personal de enfermería, celador, técnico de radiología, técnico de laboratorio, personal de limpieza, técnico de farmacia, técnico de medicina nuclear, fisioterapia, psicólogos y terapeutas etc).

El secreto profesional y el código ético deben guiar sus conductas. Así lo dicta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal:

”Artículo 10 de Ley Orgánica 15/1999. Deber de secreto (BOE)” que dice:

”El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo.”

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la responsabilidad DEONTOLÓGICA que tenemos como profesionales de la salud.

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

● Secreto profesional

Ya conocemos la importancia que tiene la confianza depositada por parte del paciente en los profesionales encargados de su cuidado. Dicha confianza no solo se basa en la curación o tratamiento en sí, sino que afecta a muchos pilares. Entre ellos, el secreto profesional es uno de los más importantes, pues la relación

médico-paciente se sustenta sobre una información a la que tiene acceso el personal sanitario y que afecta, nada más y nada menos, que a la salud del paciente. La Constitución protege este derecho fundamental en los artículos 18.1 y 20, pero existen otras regulaciones que también hacen hincapié en esta cuestión, como el derecho administrativo o comunitario.

El problema del secreto profesional y los códigos deontológicos es que, pese a que a nivel ético regulan la conducta del profesional, las materias éticas y jurídicas deben ser separadas. Solo se pueden ejercer acciones legales contra un individuo cuando se haya vulnerado una ley, no un código deontológico. No obstante, en los últimos años, los legisladores han ido proponiendo y aprobando leyes que se centran en este aspecto, aunque todavía son pocas y poco precisas.

La protección de datos es un derecho independiente al de la intimidad, mucho más amplio. El secreto médico, por su parte, se basa en el derecho que posee el paciente a no revelar su intimidad a nadie, incluyendo su círculo más cercano.

El artículo 18.1 de la Constitución española se encuentra dentro de los “Derechos fundamentales”. El artículo 20, por su parte, se refiere al secreto profesional.

La Constitución se queda lejos de resolver el problema del secreto profesional y el derecho a la intimidad.

Por ello, el Tribunal Constitucional se ha pronunciado en más de una ocasión. Este declara que ambos derechos están relacionados y defendidos penalmente. El derecho a la dignidad y otros también se encuentran en estrecha relación con estos. Por lo tanto, una persona tiene derecho a no querer aportar información sobre sí mismo o familiares a terceros.

- El código ético recoge por escrito las normas de conducta que ha de seguir el profesional en su carrera laboral. En el caso de la medicina, incluye el ejercicio, la docencia o la investigación, así como cualquier labor relacionada.

Este código se guía por la deontología profesional. Sin embargo, no es lo mismo ética que deontología. La ética se refiere al aspecto personal, individual, mientras que, cuando hablamos de deontología, nos referimos a la colectividad. Así, los códigos deontológicos recogen las normas y guían a los profesionales en sus conductas.

El código ético en medicina persigue que el profesional se guíe por la ética y el modo de proceder individual y colectivo y se mantenga una relación apropiada con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como trabajadores de una administración pública, en este caso como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñan sus funciones en un centro hospitalario, tenemos acceso a datos de nuestros pacientes cuyo contenido es muy delicado, los procesos de enfermedad y atención asistencial que requiere el individuo.

Para proteger estos datos hemos podido conocer que existen leyes y códigos éticos que debemos de respetar y que se han ido endureciendo con el paso de los años en estas últimas décadas, ya que en muchas ocasiones no se cumplían los derechos fundamentales que recoge la constitución española.

Es muy importante que los conozcamos y respetemos en todo momento.

6 Bibliografía

1- <http://www.cscae.com>

› secretaria

0. ¿Qué es la deontología profesional? - CSCAE

2- <https://www.abogacia.es>

› co...PDF

CÓDIGO DEONTOLÓGICO - - Abogacía Española

3- <http://www.ee.lafe.san.gva.es>

› ...PDF

Código Deontológico de la Enfermería Española

4- <https://www.elsevier.es>

› es-revista-...

Reflexiones médico-legales, éticas y deontológicas de la vacunación de

5- <https://www.commurcia.es>

› c...PDF

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

6- <https://dialnet.unirioja.es>

› art...PDF

Responsabilidad social y ética médico-sanitaria - Dialnet

Capítulo 251

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LOS CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y DE ATENCIÓN PRIMARIA

LORENA LÓPEZ ABRIL

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN RUBIO INIESTA

JUAN DIEGO MOYA CANO

ROSARIO MARÍA SARRIÓN MONTAÑO

JUDIT LÓPEZ COLLADO

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud en España se estructura en dos niveles asistenciales: el nivel de atención primaria (o primer nivel) y el nivel de atención especializada (o segundo nivel).

Dado que el servicio de atención primaria deriva a los pacientes a la atención especializada, es esencial que el trabajo en entre ambos niveles sea fluido y eficiente.

Queremos destacar que el sistema sanitario español es heterogéneo, con algunas desigualdades estructurales, presupuestarias y organizativas entre las diferentes comunidades autónomas, por lo que no existe un único modelo de relación entre los dos niveles de asistencia, sino que se estructura según las necesidades y características de cada territorio.

El Sistema nacional de salud tiene a su disposición 3.039 centros de salud y 10.055 consultorios de atención primaria, 451 hospitales, de los cuales 324 son públicos, según informes del SNS.

España tiene un sistema sanitario de cobertura universal financiado por fondos públicos, que depende del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Los individuos que se benefician del sistema de la Seguridad Social se dividen en el régimen general, para todos los trabajadores por cuenta ajena de industria y servicios, y los regímenes especiales, para las actividades singulares como, por ejemplo, los artistas, los funcionarios, los deportistas...

2 Objetivos

Dar a conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería como se estructura el sistema sanitario español, en sus niveles de asistencia, para así comprender mejor su funcionamiento.

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

1. Atención primaria o de primer nivel:

Es el nivel más básico de atención sanitaria. Resulta muy accesible y tiene gran capacidad para abordar la mayoría de los problemas de salud más frecuentes y

se suele prestar normalmente en los ambulatorios o centros de salud.

En este nivel asistencial, tiene gran importancia la prevención y la promoción de hábitos saludables.

La atención primaria comprende:

- La asistencia sanitaria tanto programada como urgente, en la consulta o en el domicilio del enfermo.
- La prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades de prevención y promoción de la salud, atención a la familia y también comunitaria.
- Información y vigilancia sobre protección de la salud.
- Atención y servicios específicos hacia la mujer en materia de detección y tratamiento en situaciones de violencia de género, atención a la infancia y la adolescencia, al paciente geriátrico, a los grupos de riesgo y a los enfermos crónicos.
- Cuidados paliativos a enfermos terminales.
- Atención de salud mental, en conjunto con los servicios de la atención especializada.
- Atención de salud bucodental.

Los profesionales que trabajan en atención primaria son personal sanitario (médicos de familia, pediatras, enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, etcétera) y no sanitario, como trabajadores sociales, celadores, personal de limpieza o auxiliares administrativos.

2. Atención especializada o de segundo nivel:

Se lleva a cabo en hospitales y en centros de especialidades que dependen de los hospitales, en régimen de ingreso o en modo ambulatorio sin ingreso.

Presta una atención sanitaria más compleja, una vez que se ve sobrepasada las capacidades de la atención primaria.

La atención sanitaria especializada engloba:

- La asistencia especializada en consultas.
- La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- La hospitalización en régimen de internamiento.
- La hospitalización a domicilio.
- La indicación, prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Los cuidados paliativos a enfermos terminales.
- Atención a pacientes de salud mental.
- Rehabilitación.

La normativa actual del SNS indica que la atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo faciliten, en consultas externas y en hospital de día.

El hospital es la instalación de referencia para la atención especializada. Su función principal es la asistencia, aunque pueden realizar funciones de docencia e investigación.

La unidad operativa básica del hospital es el servicio, que puede dividirse en secciones y áreas (área quirúrgica, servicio de traumatología, servicio de cardiología, servicio de urgencias, servicio de urología etc.)

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de la salud (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería), debemos de conocer como se estructura el sistema sanitario, para ello hemos realizado esta revisión bibliográfica de la literatura científica existente en formato digital, determinando que el sistema actual garantiza dos niveles básicos de asistencia en nuestro país: la atención primaria o de primer nivel y la atención especializada o de segundo nivel.

Como TCAE podemos trabajar tanto en una como en otra junto con el resto del equipo multidisciplinar conformado por profesionales sanitarios y no sanitarios, por lo que hemos visto qué necesidades y funciones cubren cada uno de ellos.

6 Bibliografía

1. <https://www.cede.es>
› PDF › t...PDF. Descripción de los niveles de atención sanitaria. Atención primaria - CEDE
2. <https://issuu.com>
› docs › tema_3_oas. Tema 3 Niveles de asistencia sanitaria by Tcae Almeria - Issuu
3. <https://www.mscbs.gob.es>
› S...PDF. Sistema de Información de Atención Primaria Sistema Nacional de Salud
4. <https://ocw.unican.es>
› sectionPDF. Niveles de Atención Sanitaria - Universidad de Cantabria
5. <https://www.elsaltodiario.com>

› mod... Modelo sanitario I: salud pública y niveles asistenciales - El Salto - Edición General

Capítulo 252

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

ANA BELÉN DIAZ RUGARCÍA

1 Introducción

Un hospital psiquiátrico es un establecimiento que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales con pacientes hospitalizados (recepción de personas en un establecimiento). Suelen funcionar como hospital de monoterapia. Tienen raíces históricas en los campos de refugiados.

Originalmente eran templos griegos, luego durante la Era del Misterio, las personas eran encerradas en instalaciones donde las dejaban desatendidas y cuando mostraban signos de caos, las encadenaban. Fue Philippe Pinel, durante la "primera revolución mental", quien liberó a estas personas y comenzó a tratarlas con humanidad. Esta tradición tiene su origen en España en los países islámicos y fue fundada en Valencia en 1409 por un miembro de la Orden Mercedaria.

En la era moderna, comenzaron a contar con la mayoría de los servicios médicos de un hospital general así como los servicios especializados para el tratamiento de enfermedades mentales: psiquiatras, psicólogos, asociaciones de trabajadores sociales, enfermeras especialistas, laboratorios especializados, neurología, medicina interna, , farmacología, impulsos eléctricos, etc. hasta entonces. .

Originalmente, estas organizaciones estaban destinadas a ocultar trastornos conductuales, cognitivos o intelectuales, y debido a que estas manifestaciones se

movilizaron para la familia o grupo social original, se construyeron edificios. Desde el entendimiento científico y social: el cerebro puede alterar su función y, por lo tanto, la mente contiene y produce expresiones socialmente inaceptables.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo o proyecto de investigación es saber y conocer cuáles son las funciones del TCAE en un centro psiquiátrico.

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 tendencia en algunos países es la "desinstitucionalización"; Este fenómeno social es impulsado por un lado por los avances en los medios de atención y por otro lado por las organizaciones de derechos humanos que sienten la necesidad de instaurar un trato menos restrictivo.

Los hospitales "coloniales" fueron pioneros en este campo, pero cuando surgieron en la era prefarmacológica, rápidamente se saturaron con una sobrerepresentación de personas con este tipo de enfermedades; Un ejemplo es el Hospital Colonia Emilio Vidal Abal en la Provincia de Córdoba, República Argentina. En Italia con la famosa Ley 180 (el defensor y abogado es Franco Pasaglia) es pionera en este sentido con una clara tendencia a abordar estas condiciones en su entorno social. Desde finales de la década de 1960, el médico italiano Giorgio Antonucci ha cuestionado los fundamentos de la psiquiatría. De 1973 a 1996, Antonucci trabajó en el desmantelamiento del hospital psiquiátrico Oservanza y Luigi Lulli en Omola y en la liberación y rehabilitación de los detenidos. Esta tendencia también permite que suceda lo mismo en algunos países como Argentina, con una mezcla de políticas más democráticas hacia hospitales abiertos a per-

sonas con problemas mentales, como el Hospital Psiquiátrico Regional de Córdoba.

En este ámbito, aparece la presencia del TCAE que junto con sus compañeros, trabajan en equipo cada uno realizando la función que le corresponda y las que puede realizar el TCAE en este servicio pueden ser las siguientes:

Ayudar a los pacientes en la higiene diaria.

Ayudar al paciente a usar ropa adecuada.

Cubrir las necesidades nutricionales en caso de pacientes dependientes.

Brindar servicios de consejería a los pacientes.

Usa tratamientos específicos

Proporcionar al paciente el confort que necesita

Consejería para pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La salud mental, así es como sus pensamientos, sentimientos y comportamientos afectan su vida. La buena salud mental conduce a una imagen propia positiva y, por lo tanto, a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas.

El TCAE es muy importante en este ámbito, debido a que está en primera línea en contacto con el paciente y asistiendo a sus compañeros cuando así sea de necesidad para estos la ayuda de su compañero el TCAE. También deben de brindar u ofrecer apoyo tanto a su familia como a el paciente mismo para que le haga sentir una mayor seguridad en sí mismo.

6 Bibliografía

«Significado de Manicomio.». psicoterapeutas.eu. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>

Enrique González Duro. Historia de la locura en España. «El comentario en concreto además de otros se oye en Milenio 3 programa sobre el libro Locos de la historia de Alejandra Vallejo Nágera».

Capítulo 253

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LA ANAFILAXIS (CAUSAS Y ACTUACIÓN)

YOLANDA CEREZO JIMENEZ

1 Introducción

La anafilaxis es la reacción alérgica más grave que existe y se considera una urgencia médica. Es una respuesta inmunitaria exagerada, frecuentemente causada por alimentos, medicamentos y picaduras de insectos. Si no se diagnostica y trata a tiempo, puede producirse una obstrucción respiratoria o un colapso circulatorio con un desenlace fatal.

La anafilaxia se distingue de la alergia por la extensión de la reacción inmunitaria. Los anticuerpos, mayoritariamente inmunoglobulina E (IgE), provocan la liberación masiva de sustancias mediadoras de la reacción alérgica. Estas causan vasodilatación y contracción de la musculatura lisa con afectación de dos o más órganos o sistemas. Cuando sucede con afectación cardiovascular y bajada de la presión arterial, se denomina shock o choque anafiláctico.

En la anafilaxia, primero se produce una fase de sensibilización, y posteriormente la reacción anafiláctica. También se puede llegar a producir lo que se denomina una anafilaxia tardía.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

Después de la exposición al alérgeno, los signos y síntomas aparecen en cuestión de segundos o minutos, aunque excepcionalmente se pueden demorar algunas horas. La rapidez se correlaciona con la gravedad del ataque. Generalmente, los síntomas se circunscriben a la piel (en el 80% de los casos hay manifestaciones cutáneas), el sistema cardiovascular, el respiratorio, el digestivo y el nervioso.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste la anafilaxis

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

*CAUSAS DE LA ANAFILAXIS

La anafilaxis puede ser producida por: medicamentos, alimentos, picaduras, y otros, como por ejemplo el látex.

-Medicamentos: Destacan los antibióticos como las penicilinas, las cefalosporinas, las sulfamidas y las tetraciclinas, seguidos en frecuencia por la aspirina y los antiinflamatorios. También pueden provocar anafilaxis los anestésicos y bloqueadores neuromusculares usados en intervenciones quirúrgicas; los productos utilizados para contraste radiográfico, especialmente aquellos que contienen derivados del yodo; y la estreptoquinasa, un trombolítico usado en el tratamiento del infarto agudo de miocardio.

-Alimentos: Destacan las frutas (como el melocotón), los frutos secos (como la nuez), los mariscos, la leche y las legumbres. Cuanto más se consume un alimento, más fácilmente puede convertirse en alergénico. En los niños, el desencadenante más común son alimentos como el huevo, la leche, los frutos secos, el pescado y el marisco.

-Picaduras: Principalmente de insectos himenópteros: abejas y avispas. La capacidad de las avispas para picar repetidas veces las hace más peligrosas.

*ACTUACIÓN

- Se sigue el protocolo PAS, por lo que hay que solicitar de forma rápida una ambulancia.

- Valoración ABCDE. Comprobar el nivel de consciencia, permeabilidad de la vía aérea, respiración y pulso.
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y valorar la necesidad de intubación orotraqueal.
- Comprobar las frecuencias cardíaca y respiratoria y la presión arterial. En casos graves, es conveniente monitorizar.
- Colocar al paciente tumbado y con las piernas elevadas para aumentar el flujo sanguíneo al corazón. Esta posición no es aconsejable en caso de vómitos o dificultad respiratoria. Si está inconsciente, pero con respiración espontánea, ponerlo en posición lateral de seguridad.
- Aflojarle la ropa y quitarle todo lo que pueda presionarlo (cinturón, reloj, pulseras...).

El tratamiento más habitual es la adrenalina (o epinefrina) intramuscular, ya que actúa rápidamente y mejora la mayoría de síntomas de la anafilaxia.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste la anafilaxis.

La anafilaxis es la reacción alérgica más grave que existe y se considera una urgencia médica. Es una respuesta inmunitaria exagerada, frecuentemente causada por alimentos, medicamentos y picaduras de insectos. Si no se diagnostica y trata a tiempo, puede producirse una obstrucción respiratoria o un colapso circulatorio con un desenlace fatal.

Las causas son: Medicamentos, alimentos, picaduras y otros como el latex.

Como actuación se seguira el protocolo establecido por la OMS para estas situaciones.

6 Bibliografía

1. ANAFILAXIS - Clinica universidad de navarra (2021) <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anafilaxia#:~:text=La%20anafilaxia%20consiste%20en%20una,inmune%20hacia%20un%20agente%20externo.>

Capítulo 254

LA FISIOTERAPIA DESPUES DE UNA OPERACIÓN CARDÍACA Y SU IMPORTANCIA

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

1 Introducción

La principal causa de mortalidad en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son las enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares pueden agruparse en diferentes grupos, según los vasos o el órgano que esté principalmente afectado o el lugar donde se produce la lesión; cardiopatías coronarias (siendo la isquémica la de mayor incidencia), enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas o embolias pulmonares, arteriopatías periféricas y cardiopatías reumáticas.

El fisioterapeuta juega un papel muy importante en la rehabilitación hospitalaria del paciente cardíaco, siendo uno más, dentro del equipo multidisciplinar.

En ocasiones se opta por una cirugía o intervención quirúrgica, como tratamiento de la enfermedad cardiovascular. Siempre que las condiciones y la gravedad del paciente lo permitan, se debe hacer un tratamiento prequirúrgico, en el cual debemos enseñar al paciente diferentes ejercicios de relajación y diversas técnicas, que se van a realizar en las fases posteriores, como, por ejemplo, respiraciones diafragmáticas, ejercicios activos, higiene postural, espiraciones forzadas, etc. Todo el trabajo de fisioterapia que podamos adelantar, es un triunfo.

Lamentablemente, esto no siempre es posible, por lo que tenemos que centrar nuestro trabajo en la etapa postquirúrgica.

En la fase postquirúrgica, el fisioterapeuta trabajará con el paciente desde el momento que ingrese en la UVI y que los facultativos lo determinen, hasta varios días después de la intervención. Debemos evitar que evolucionen las complicaciones típicas (músculo-esqueléticas, circulatorias y respiratorias), ocasionadas por un reposo prolongado.

Esta etapa comenzará con una fase de encamamiento y acabará con una fase en la que el paciente haya adquirido, de forma progresiva, un estado funcional adecuado.

2 Objetivos

Describir e indicar las pautas y procedimientos para el inicio del trabajo con fisioterapia, tras cirugía cardíaca en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La primera vez que llega a nuestras manos un paciente con estas características, debemos hacer una anamnesis completa, con todo lo que ello conlleva. Muy importante, la fase de observación y examen físico.

Como objetivo principal, debemos mejorar la función respiratoria del paciente, para lo que debemos fortalecer el diafragma (músculo respiratorio principal), mejorar la disnea si la hubiese, favorecer la movilización y expulsión de las secreciones bronquiales e intentar mejorar las capacidades pulmonares. Si podemos y tenemos los medios necesarios, debemos auscultar al paciente al principio y al final de la sesión de fisioterapia respiratoria.

Uno de los métodos a utilizar en la rehabilitación, es tan sencillo como identificar el patrón respiratorio y modificarlo, si fuese necesario. Es elevado el número de pacientes que usan más los músculos accesorios de la respiración, que el propio diafragma (músculo principal). Se recomienda trabajar en sedestación o decúbito supino.

Algunas de las técnicas de fisioterapia utilizadas son el ciclo activo (combinación de 3 respiraciones diafragmáticas, 3 normales y 3 con espiración asistida), ejercicios para obtener una tos eficaz (productiva), espiraciones forzadas, vibraciones (no en los primeros días), drenaje postural, etc. Con todo esto, y con una buena hidratación, conseguiremos favorecer la expectoración y eliminación de las secreciones, y mantener una buena higiene en las vías aéreas.

Los pacientes deben tener mucho cuidado en las movilizaciones durante las primeras semanas y evitar maniobras de Valsalva (glotis cerrada).

Es fundamental, enseñarles técnicas de higiene postural; cómo deben levantarse de la cama o de una silla, cómo deben sentarse, cómo proteger la zona de la incisión, herida o cicatriz, en qué posición deben toser, etc. Todas aquellas actividades mencionadas anteriormente, ya sean realizadas de forma autónoma o con ayuda, y todas aquellas que requieran un esfuerzo o su realización conlleve a un aumento de la presión intraabdominal, deben realizarse con un “auto-abrazo de costilla a costilla” y a la vez, soltando el aire por la boca (espirar con la boca abierta). En etapas iniciales suele estar pautado el uso de la faja.

Evitar decúbitos prolongados. Mejor mantener sedestación durante el día.

Los pacientes deben realizar, varias veces durante el día, ejercicios metabólicos como abrir y cerrar las manos y flexo-extensión de tobillos, para evitar edemas en las extremidades, facilitar el retorno venoso y prevenir la formación de trombos. Otra cosa que debemos conseguir en la rehabilitación, es aumentar de forma progresiva la tolerancia al ejercicio. Debemos realizar actividades cardiovasculares adecuadas en cada etapa para que la rehabilitación cardíaca sea óptima.

Empezaremos a deambular con el paciente en cuanto podamos; primero distancias cortas y luego, distancias cada vez mayores. Se recomienda dar varios paseos (acompañados, si es posible) al cabo del día.

Después de esta primera etapa, continuaremos con la rehabilitación pautada por

los especialistas, siempre teniendo en cuenta las características de cada paciente y sus expectativas.

Debemos tener en cuenta, que además de las secuelas físicas que supone un problema de salud de estas características y una cirugía de este calibre, también puede verse afectada la salud mental del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta, que una vez más, la unión hace la fuerza y es importante que exista un buen equipo multidisciplinar para que los resultados obtenidos, tras las cirugías cardíacas, sean óptimos. Sin olvidar el papel tan relevante que juega la familia, amigos y/o convivientes o cuidadores del paciente.

Una buena rehabilitación está íntimamente ligada a una buena calidad de vida, teniendo siempre en cuenta las limitaciones de cada paciente. Si nosotros fallamos, puede fallar todo el tratamiento, y las consecuencias pueden ser letales para el paciente. No nos olvidemos, que la vida de los pacientes, puede depender de nuestro buen hacer.

6 Bibliografía

1. <https://www.efisioterapia.net/articulos/rehabilitacion-cardiaca-fase-1>.
2. https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/7103/TFG_Andr%c3%a9s_Balsera_2010.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
3. Valenza G, González L, Yuste MJ. Manual de fisioterapia respiratoria y cardíaca. Madrid: Editorail Síntesis; 2005.
4. Serra MR, Diaz J, Sande ML. Fisioterapia en neurología, sistema respiratorio y aparato cardiovascular. Barcelona: Masson Elsevier; 2005.
5. https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap43.pdf.

Capítulo 255

FISIOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON PARKINSON

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

1 Introducción

El Parkinson es una enfermedad que se genera de forma gradual y progresiva en el sistema nervioso y que afecta en gran parte al movimiento. Empezamos a percibirlo con pequeños temblores en una mano, también son perceptibles los efectos producidos como disminución de movimiento y rigidez.

Es curioso, encontrarnos en el siglo XXI y ver aun enfermedades como esta que son muy habituales entre nuestros mayores y que no tiene cura, lo único que podemos hacer es reconocer los síntomas cuanto antes para retrasar sus efectos lo máximo posible y poder paliar estos mismos, para una mejora de calidad de vida en el tiempo conviviente con esta enfermedad.

En la actualidad esta enfermedad es abordada con medicamentos, los cuales mejoran notablemente sus síntomas, incluso en ocasiones, los especialistas pueden sugerir una cirugía en determinadas zonas del cerebro para regular y mejorar los síntomas.

Entre los síntomas o signos que nos podemos encontrar en esta enfermedad de Parkinson, se encuentran, temblores o sacudidas que comienzan en una de las extremidades, que suele ser en la mayoría de los casos una mano o dedos. También podemos encontrar lentitud en ciertos movimientos, incluso a la hora de caminar, los pasos son más cortos o dificultad a la hora simplemente de sentarse o levantarse de una silla.

Rigidez muscular, es otro de los síntomas que podemos encontrar, sintiendo el paciente dolor muscular y rigidez limitando la amplitud de movimiento, también alteraciones en la postura y equilibrio.

En esta enfermedad también es frecuente ver cambios en el habla, así como en la escritura.

2 Objetivos

Evidenciar la eficacia de la fisioterapia para tratar y aliviar los efectos de la enfermedad del Parkinson.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de diferentes revisiones bibliográficas sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Web of Science, seleccionando artículos de los últimos 5 años y con las palabras clave “parkinson’s”, “parkinson’s disease treatment” y “parkinson’s disease”.

4 Resultados

Tras analizar los estudios mostrados según los datos del apartado anterior de los cuales se obtuvieron 631 estudios, tras las exclusiones y demás estudios que no cumplían nuestros objetivos nos quedamos con un total de 23 estudios.

Del análisis de estos estudios extraemos que los pacientes afectados con la enfermedad de Parkinson deben realizar un tratamiento de fisioterapia con sesiones cortas, acompañadas de frecuentes descansos y de forma matutina, para aprovechar periodos de desbloqueo. Es necesario, la participación sensitiva, motora y cognitiva para un trabajo activo en el paciente. Hay que tener en cuenta el nivel de sensibilidad del paciente, ya que en algunos casos puede llegar a ser un

dolor importante incluso a la hora de respirar y puede verse afectado de forma indirecta por la enfermedad.

Los resultados que muestran evidencian mejora, pero no existe un tratamiento único y estándar para el Parkinson, sino que se debe de tratar según los síntomas de cada paciente, teniendo en cuenta que no a todos los pacientes les afecta de la misma manera ni tienen los mismos síntomas.

Uno de los síntomas mas comunes es la bradicinesia, el temblor y rigidez, que son tratados con ejercicios físicos para tratar de disminuirlos y aumentar la coordinación del movimiento en el paciente. Para ello el paciente debe estar concentrado y realizar ejercicios con movimientos repetitivos, de esta forma se trabaja a nivel de equilibrio y postura, estas también se vieron mejoradas con estudios que realizaron ejercicios de hidrocinestesia.

Entre todos ellos debemos hacer hincapié en la reeducación de la marcha, incluyendo en el entrenamiento ejercicios de caminar sobre cinta para los que no tienen dificultades y bajo el agua para facilitar el movimiento y disminución de la gravedad en el paciente.

Por último, los tratamientos orientados a la inhibición del dolor y relajación muscular nos encontramos con la termoterapia y electroterapia.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas mas utilizadas y efectivas para esta enfermedad se encuentran ejercicios específicos para ayudar a la actividad del paciente, mantener una distracción, pero con concentración de lo que está realizando, así como para retomar la marcha y disminuir los efectos de dicha enfermedad.

Cabe resaltar, que existe eficacia en las diferentes técnicas fisioterapéuticas para tratar y aliviar los efectos de la enfermedad del Parkinson, dependiendo de cada paciente y cada síntoma.

Con todo ello, podemos concluir, según lo analizado, que la intervención de un fisioterapeuta es una figura muy importante y mas aún en un equipo multidisciplinar, de manera que haya un tratamiento acorde para cada paciente dependiendo del nivel o grado de la enfermedad, así como el progreso del paciente para tratar de alargar lo máximo posible el bienestar y calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Feng H, Li C, Liu J, Wang L, Ma J, Li G, et al. Virtual Reality Rehabilitation Versus Conventional Physical Therapy for Improving Balance and Gait in Parkin-

son's Disease Patients: A Randomized Controlled Trial. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* junio de 2019;25:4186-92.

2. Pérez de la Cruz S. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: a randomized clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* diciembre de 2017;53(6):825-32.

Capítulo 256

FISIOTERAPIA Y LA EPICONDIALGIA LATERAL

MARIA GEMA GALINDO TERCERO

MARÍA JOSE MARTÍN CAMPOS

ROSA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

BEATRIZ FERNÁNDEZ CAMACHO

1 Introducción

La epicondialgía lateral o también conocida como codo de tenista se caracteriza por la aparición de dolor en la cara lateral del codo, que suele aumentar al realizar una contracción de la musculatura implicada (epicondilea) y a la palpación del tendón común de inserción de la musculatura extensora del carpo.

La duración media de la sintomatología es de entre 6 y 24 meses, solo del 5 al 10 % de los pacientes desarrollan síntomas crónicos y acaban sometiéndose a un tratamiento invasivo de cirugía. El pico de incidencia de esta enfermedad se produce entre los 35 y 50 años y por lo general afecta mas al brazo dominante.

La duración media de la sintomatología es de entre 6 y 24 meses, solo del 5 al 10% de los pacientes desarrollan síntomas crónicos y acaban sometiéndose a un tratamiento invasivo de cirugía.

El pico de incidencia de esta enfermedad se produce entre los 35 y 50 años y por lo general afecta mas al brazo dominante; esto es porque las tareas manuales

repetitivas y las cargas de peso de manera continuada o trabajo que implique impacto o vibración sobre el brazo desencadena este tipo de patología. Es importante tener un diagnóstico diferencial de la causa del dolor para poder realizar un tratamiento ajustado a las necesidades de cada paciente

2 Objetivos

Exponer el tratamiento de la epicondialgia lateral, a propósito de un caso por parte del equipo de fisioterapeutas.

3 Caso clínico

Paciente de 44 años informático, cuya única actividad deportiva es ir al gimnasio para mantener, acude al servicio de rehabilitación con un diagnóstico de epicondialgia lateral en el codo derecho, desencadenado por un gesto repetitivo en los entrenamientos del gimnasio durante meses. El dolor comenzó en la cara externa del codo irradiándose hacia el antebrazo conforme pasaban las horas. Actualmente el dolor es intermitente siendo solo ocasionalmente dolor nocturno.

Junto a una ecografía se descartan lesiones estructurales.

Se realiza una exploración a la palpación, donde el paciente se queja de dolor en el tendón de inserción de la musculatura epicondilea así como en el vientre muscular de la musculatura extensora. En cuanto a la exploración del balance articular (BA) de la articulación del codo, es completo pero con dolor en los últimos grados de flexión y extensión, la movilización hacia el varo de codo resulta dolorosa, dolor a la extensión activa y a la supinación máxima.

La exploración a la contracción contra-resistencia de la musculatura extensora epicondilea produce su dolor.

Visualmente no presenta edema y hombros en antepulsión.

El tratamiento principal será de 28 sesiones de tratamiento divididas entre sesiones de terapia manual y terapia activa. De la primera a la cuarta semana de tratamiento, nos centramos en el tratamiento manual trabajando la liberación miofascial y de movilización articular, pautando ejercicios de movilidad activa que comprenda articulaciones de codo y muñeca, estiramiento de la musculatura afectada y potenciación de la musculatura extensora mediante contracciones isométricas.

La evolución de las primeras semanas es lenta pero favorable, la intensidad del dolor va disminuyendo y el rango articular sigue siendo continuo peor doloroso en los grados finales.

De la cuarta a la séptima semana de tratamiento se centra en la liberación de tejidos que acompañan al nervio radial, con técnicas de deslizamiento, junto con automovilizaciones de dicho nervio con trabajo activo. El tratamiento se centra en el nervio radial puesto que el dolor persistía en el lateral del codo con la posición de flexión y se observó tras una valoración una reproducción de la sintomatología del paciente durante la realización del test neurodinámico del nervio radial, pero tras el tratamiento la evolución es favorable.

Finalmente, de la séptima a la novena semana de tratamiento el objetivo es conseguir constancia en la mejoría teniendo en cuenta el patrón postural del paciente y el tipo de vida laboral. Se pauta un protocolo de trabajo activo centrado en la estabilización escapular y el trabajo postural, consiguiendo la abolición de los síntomas y el mantenimiento de la mejoría tras dos semanas siguiendo el protocolo.

4 Discusión-Conclusión

Los resultados finales obtenidos con el tratamiento elegido y la evaluación del paciente presentan buenos resultados. Se deben valorar todas las posibles estructuras implicadas en la patología referente a los dolores de tipo musculoesquelético, como lo son las estructuras neuronales y las articulaciones próximas, incluyendo también los factores posturales relacionados con las actividades presentes en la vida del paciente.

Quedaría pendiente valorar si los resultados habrían sido mas rápidos de haber trabajado desde el principio las estructuras neuronales y el control postural junto a la estabilización escapular, es una propuesta para un nuevo caso clínico pendiente para un futuro estudio.

5 Bibliografía

1. Bisset LM et al. Physiotherapy management of lateral epicondylalgia. Journal of Physiotherapy. 2015 Oct; 61(4), 174 – 181.
2. Bhatt JB, Glaser R, Chavez A, Yung E. Middle and lower trapezius strengthening for the management of lateral epicondylalgia: a case report. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2013 Nov; 43(11):841-7.

Capítulo 257

FISIOTERAPIA EN CONDROMALACIA ROTULIANA

ELENA SÁEZ GARCÍA

JORGE ROLDÁN SEGURA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

1 Introducción

Conocido también como síndrome de dolor femoropatelar, se describe con dolor en zona anterior de la rodilla causado por degeneración del cartílago de la rotula. Es una patología muy frecuente sobre todo en mujeres, adolescentes y deportistas.

Este dolor suele ser agudo, ocasional o con sensación de quemazón aunque puede acompañarse de bloqueo articular, inestabilidad, crepitaciones, mala alineación, procesos inflamatorios, etc.

Este dolor y degeneración mantenido en el tiempo puede ocasionar a largo plazo artrosis de la articulación femoropatelar.

Hay una serie de factores que predispone a un paciente a sufrir condromalacia rotuliana al producir un desequilibrio muscular o alertamiento de la postura, anatomía o fisiología de la articulación de la rodilla produciendo inflamación, dolor o desgaste del cartílago de dicha articulación. Algunos son:

- Aumento del Angulo Q.
- Inestabilidad de la rótula.
- Rótula en posición elevada.
- Retracción del retináculo lateral.
- Laxitud articular.
- Torsión tibial externa o femoral interna.
- Luxación de rótula previa.
- Debilidad o insuficiencia del vasto medial.
- Acortamiento del cuádriceps.
- Tensión de Isquiotibiales y Gastrocnemios.

Existen diferentes test de valoración que nos ayuden a diagnosticar la condromalacia rotuliana, algunos son:

- Test de Aprensión de Fairbank: para evaluar posibles subluxaciones de la rótula.
- Medición del ángulo Q.
- Test de Smmlle.

2 Objetivos

Describir el tratamiento fisioterapéutico realizado al paciente con condromalacia rotuliana para mejorar los desequilibrio musculares y reeducar su postura.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed, el buscador de google y distintas fuentes bibliográficas, con artículos publicados en los últimos 5 años. Descartando los artículos que no se centren en los objetivos que buscamos.

4 Resultados

Generalmente el tratamiento suele ser conservador, y varía dependiendo de su sintomatología. Suele dividirse en varias fases y tiene una duración de 2-3 meses aproximadamente:

Fase 1: antiinflamatoria y analgésica centrada en:

- Movilizaciones:
1. De rótula, sobre todo hacia donde hay más restricción: hacia el lado medial.

2. Movilizaciones de flexo-extensión de rodilla y movilización varo-valgo (centrándonos en ir hacia varo).

- Masajes de descarga para disminuir la tensión muscular, relajando cuádriceps (centrándonos en el recto anterior), cintilla iliotibial, isquiotibiales y gastrocnemios.

- Entrenamiento de control neuromuscular: vamos a reclutar y activar las fibras musculares del vasto interno. Lo haremos en diferentes posiciones según la evolución del paciente.

- Estiramientos: enseñanza y realización de estiramientos de músculos como cuádriceps, cintilla iliotibial, isquiotibiales y gastrocnemios (centrándonos en el interno, ya que su acortamiento va relacionado con el valgo de rodilla). Con el objetivo de elongar la musculatura.

Fase 2:

- Trabajo de la propiocepción: ganando estabilidad y control postural, haciendo ejercicios como:

1. En bipedestación trabajaremos el apoyo bipodal-monopodal, e iremos aumentando la dificultad según la evolución del paciente: primero con ojos abiertos, después cerrados, con movimiento (por ejemplo: agachándose a coger algo del suelo), aumentando cargas adicionales, en superficies inestables...

2. Trabajaremos también los saltos con apoyo bipodal, monopodal, con ojos abiertos, cerrados, en superficies inestables...

- Fortalecimiento: centrándonos en vasto interno. Realizando ejercicios como por ejemplo:

1. En camilla con rulo debajo de rodilla realizamos isométrico de cuádriceps, chafando el rulo hacia la camilla.

2. Contracciones excéntrica.

3. Sentadillas.

4. Bicicleta estática.

Fase 3: vuelta al deporte y mantenimiento de fuerza, flexibilidad y propiocepción.

En casos mas graves el tratamiento puede ser quirúrgico.

Los objetivos que buscamos con este tratamiento de centran en ajustar los desequilibrios musculares, disminuir inflamación, disminuir dolor y reeducación postural del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de condromalacia rotuliana normalmente es conservador suele estar centrado en mejorar el desequilibrio muscular o mala alineación de la rodilla, fortalecimiento de las debilidades musculares y aumentando la flexibilidad de las zonas con mas tensión, mejorando la propiocepción y la estabilidad del paciente, siempre que el paciente sea constante y consciente de la realización de este tratamiento se suelen conseguir los objetivos mencionados anteriormente. Es muy importante explicar al paciente que siga realizando los ejercicios de fortalecimiento, estiramientos, control motor y que evite sedestaciones prolongadas, tener un control postural adecuado y la importancia de mantenerse activo el mayor tiempo posible.

6 Bibliografía

1. Open versus closed kinetic chain exercises for patellar chondromalacia, A H Bakhtiary, E Fatemi, Amir H Bakhtiary, Physiotherapy Department, Rehabilitation Faculty, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.
2. Static and Isokinetic Treatments of Chondromalacia Patella: A Comparative Investigation Authors: William McMullen, MS1; Alfred Roncarati, EdD, PT2; Paul Koval, PT3 affiliations Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy Published Online:December 1, 1990 Volume12Issue6Pages256-266 <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.1990.12.6.256>.
3. Evidence based physiotherapy management of Chondromalacia Patella.A review study Dr. Prachi Patel and Dr. Neeti Mishra <https://doi.org/>.

Capítulo 258

ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE FISIOTERÁPICO DE LA ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA

1 Introducción

La artrogriposis múltiple congénita es un síndrome clínico que se caracteriza por la aparición de contracturas no progresivas y rigidez de varias articulaciones de aparición en el periodo prenatal y que más tarde están presentes en el momento del nacimiento. Está considerada una enfermedad rara, ya que ocurre en 1 de cada 3000 nacidos vivos.

En la artrogriposis, las contracturas son debidas a una hipoplasia de la musculatura esquelética, que se encuentra rígida e intercalada a modo de tejido conectivo o se encuentra totalmente cubierta por el tejido conectivo. De esta forma, habrá una limitación en el crecimiento longitudinal del músculo estriado y del tejido conectivo. Respecto a la severidad de la artrogriposis múltiple congénita, puede ser variable y se puede presentar en diferentes niveles de gravedad.

En relación su diagnóstico clínico, puede ser reconocida en el nacimiento por las típicas características que presenta: contracturas de dos o más articulaciones, debilidad muscular y fibrosis. En un frecuente número de casos, se asocia también a deformaciones de manos y pies y otras alteraciones congénitas.

Referente a su etiopatogenia, la artrogriposis múltiple congénita es multifactorial y congénita. Por lo general, cualquier motivo que pueda llevar a un reducido movimiento fetal debería llamar la atención por la probabilidad de producir contracturas congénitas.

En general, se pueden clasificar a grandes rasgos de dos formas: artrogriposis neuropática (90% de los casos), y la artrogriposis miopática (menos frecuente y mayor origen hereditario) que incluye la limitación de espacio, las anomalías del tejido conectivo y el compromiso vascular. También hay artrogriposis transmitidas genéticamente, y otras de forma esporádica, que es la más frecuente, como la amioplasia.

En consideración a las manifestaciones clínicas, la artrogriposis neuropática presenta como deformidades más frecuentes: hombros en adducción y rotación interna, codos en extensión o en semiflexión, antebrazos en pronación, muñecas en flexión y con desviación cubital, dedos en flexión, caderas en flexión con rotación externa y aducción, rodillas en flexión o extensión completa, pies en equino varo muy rígidos, columna vertebral escoliótica, cara con una fisionomía particular (redonda, con hemangioma facial frontal y micrognatia), inteligencia afectada o no dependiendo de las alteraciones neurológicas y metabólicas, y un tercio presenta alteración de estructuras del sistema nervioso central.

En relación con la artrogriposis miopática, como características clínicas peculiares cabe destacar la presencia de cifoescoliosis, cambios histopatológicos en el músculo estriado y lengua curvada y arrugada.

Su diagnóstico se hace en base a la presentación clínica, y existen herramientas coadyuvantes al diagnóstico: análisis de sangre, CPK test, marcadores infecciosos del citomegalovirus, estudios citogenéticos, estudio con imagen (RM, rayos X, TAC).

Por lo que concierne al tratamiento, éste debe ser lo más precoz posible y encuadrado en un abordaje interdisciplinar, por la complejidad del cuadro clínico a nivel de afectación de articulaciones y musculatura, constando de tratamiento médico, sobre todo enfocado a casos más complejos cuyas deformidades necesitan abordaje quirúrgico; tratamiento fisioterápico y tratamiento ortopédico, donde destacan las férulas (se deben empezar a usar a los 7 o 10 días del nacimiento) y la aplicación del método Ponseti.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento fisioterápico más efectivo en la actualidad para el tratamiento de pacientes con artrogriposis múltiple congénita.
- Exponer qué técnicas de fisioterapia y sus efectos son las que prueban mayor evidencia científica en cuanto a la obtención de resultados positivos en el tratamiento de pacientes con artrogriposis múltiple congénita.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica cualitativa, sistemática, ordenada y no experimental, empleando para ello la búsqueda de datos en las bases de datos científicas disponibles.

La revisión bibliográfica se realizó durante los meses de febrero y junio de 2019. Se realizaron múltiples búsquedas en las principales bases de datos: Medline (PubMed), Spinger Links, Elsevier, ScienceDirect y SciELO (Scientific Electronic Library Online). Las palabras claves utilizadas fueron: Artrogriposis Múltiple Congénita, orthopedics, pediátrico, hipomovilidad fetal, artrogriposis, marcha, amnioplasia, physical therapy, tratamiento conservador, fisioterapia, rehabilitación, rigidez muscular múltiple congénita.

En cuanto a los criterios de selección, los criterios de inclusión y de exclusión fueron:

- Criterios de inclusión: artículos escritos en idiomas español, inglés y portugués, artículos de estudios en niños con artrogriposis múltiple congénita, artículos con abordaje de tratamiento fisioterápico
- Criterios de exclusión: artículos con mayor antigüedad a diez años, artículos publicados en revistas de bajo impacto científico y artículos de estudios realizados en mayores de 16 años.

4 Resultados

Tras el estudio de los 9 artículos científicos finalmente escogidos, uno de ellos una revisión sistemática y los otros ocho estudios de casos, parece que el tratamiento de fisioterapia, desde un punto de vista conservador, sin llevar a cabo técnicas de abordaje invasivo, programado de forma individual acorde a las necesidades específicas de cada niño/a, podría dar resultados positivos en la mejoría de la

capacidad funcional, mejora de la calidad de vida, y aumento de la integración social y escolar.

Según la evidencia científica disponible actual, cabe inferir que, una de las técnicas con mayores beneficios a corto y largo plazo es la técnica de fortalecimiento muscular, tanto de forma global como individual, incluida en actividades lúdicas o juegos, ya que aparece como técnica diana en el 90% de los estudios revisados. Ésta técnica permitiría a los pacientes mejorar la calidad de la marcha junto con ortesis ligeras o dispositivos auxiliares y la individualización de la marcha, disminuyendo la cantidad de gasto energético, disminuyendo el aumento de las deformidades musculoesqueléticas (tanto en miembros inferiores como en columna), y los efectos nocivos de una marcha pobre o sedestación prolongada a lo largo del día, promoviendo de esta forma una mayor independencia y funcionalidad para estos pacientes.

La totalidad de los estudios analizados comparten la premisa de que, un tratamiento de fisioterapia realizado de forma temprana y lo más precoz posible, podría reducir las complicaciones como debilidad muscular y atrofia muscular, instauración precoz de deformidades y, podría repercutir positivamente en la ganancia de rango de movimiento articular.

En cinco de los artículos seleccionados, se establece que la aplicación de cinesiterapia (activa, activo-asistida o pasiva) en el medio acuático (inmersión en agua caliente), parece revertir resultados eficaces sobre todo en el aumento de rango de movimiento articular, disminución de la contractura muscular, disminución de la rigidez articular, mejorando así la postura en niños con amiotrofia congénita.

En cuanto a la deformidad del pie, seis artículos coinciden en que para el tratamiento fisioterápico del pie del niño con artrogriposis múltiple congénita sería el método Ponseti. Éste método fue desarrollado por Ignacio Ponseti, aplicado sobre todo para el tratamiento del pie zambo idiopático. Parece que el método Ponseti, al tratarse de una técnica no invasiva, económica, y que puede ser aplicado sin la intervención médica, supondría el método estrella para comenzar el tratamiento del pie en niños recién nacidos (de 7 a 10 días de vida). Consta de un programa de yesos seriados y unas movilizaciones específicas para la corrección del pie zambo equino varo adducto supinado, que aplicado por un fisioterapeuta formado en la técnica, reportaría beneficios en la prevención del incremento de las deformidades, y elongación de estructuras musculares y articulares del pie que presentan rigidez.

En ocho de los artículos estudiados se indica que, un programa temprano de fisioterapia prolongaría la intervención con tratamiento quirúrgico, reduciría el uso de férulas y mejoraría de forma significativa la calidad de vida de los pacientes con artrogriposis múltiple congénita.

En la mayoría de los estudios se propone que la aplicación de estiramientos articulares, tras el baño del niño, aumentaría la relajación del niño y mejoraría su disposición para otras posturas, como sentarse para cenar, jugar con él en el suelo,...Por lo que parece que la educación a la familia, preferiblemente en el entorno natural del niño/a, sería un pilar que reportaría beneficios positivos a la hora de plantear un tratamiento rehabilitador del niño/a con artrogriposis múltiple congénita.

Otro punto vital del tratamiento sería el tratamiento postural, en sedestación y bipedestación, incluyendo a la familia en el conocimiento del correcto posicionamiento, por la prevención tan importante, sobre todo en contracturas y desalineamientos en el miembro inferior.

Por otro lado, cabe destacar que el trabajo del equilibrio, las reacciones de apoyo de los miembros superiores, las reacciones de enderezamiento de la cabeza y tronco, terminan de complementar el tratamiento, ya que éstos niños/as presentarán un déficit de experiencias sensoriomotoras y cinestésicas variadas, por lo que trabajando éstos ítems, mejorarían aspectos como la autonomía (en el juego, al estar sentado, al relacionarse con sus compañeros,...) y la independencia.

Todos los estudios coinciden en que el tratamiento de fisioterapia promovería el mantenimiento de las mejoras obtenidas, mejora de la condición física y mejora de la calidad de vida en un 80% de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

- La intervención con tratamiento de fisioterapia resultaría un tratamiento insustituible en el abordaje de la artrogriposis múltiple congénita. El tratamiento más completo y con mejores resultados sería interdisciplinar, y constaría además del tratamiento de fisioterapia, del tratamiento médico (quirúrgico) y el tratamiento ortésico.

- El tratamiento de fisioterapia debe ser lo más precoz posible, y comenzar de forma temprana, ya que así se obtendrían mayores resultados y prevendrían más y mayores complicaciones. En cuanto a su mantenimiento, debe ser más fre-

cuenta en etapa infantil durante el crecimiento, y una vez alcanzado, establecer un mínimo de intervenciones para evitar complicaciones.

- Dentro del tratamiento fisioterápico, las técnicas que mayor efectividad y evidencia científica presentan son el fortalecimiento muscular, las movilizaciones y estiramientos articulares y, el tratamiento postural, suponiendo los puntos básicos del tratamiento de fisioterapia de la artrogriposis múltiple congénita. Todo ello sustentado sobre la educación a la familia, para aumentar la adherencia al tratamiento e incluir el abordaje en el entorno natural del niño/a.
- Los efectos atribuidos a las técnicas de fisioterapia que mayor evidencia científica actual presentan son el aumento del rango de movimiento articular (estiramientos articulares e hidroterapia), mejora de la fuerza muscular (técnicas de fortalecimiento muscular), incremento de la independencia durante la marcha y disminución del dolor.
- No se ha encontrado un protocolo acotado de técnicas de fisioterapia, debido a su variabilidad de presentación en cada paciente, así como también, a limitaciones en la calidad y profundidad de los estudios científicos y la bibliografía hallada.

6 Bibliografía

1. Galiano P, Santos RV dos. Efeitos da hidroterapia no portador de artrogripose múltipla congênita: um relato de caso. *FisiSenectus*. 2013;1(2):35–45.
2. Chueire AJFG, Carvalho Filho G, Kobayashi OY, Carrenho L. Tratamento do pé torto congênito pelo método de Ponseti. *Rev Bras Ortop*. 2016;51(3):313–8.
3. Brady HA, James CR, Dendy DW, Irwin TA, Swiacki CA, Thompson LD, et al. Gait and Gross Motor Improvements in a Two-Year-Old Child With Arthrogryposis After Hippotherapy Intervention Using a Norwegian Fjord. *J Equine Vet Sci*. 2018;52(2017):56.
4. Elfassy C, Darsaklis VB, Snider L, Gagnon C, Hamdy R, Dahan-Oliel N. Rehabilitation needs of youth with arthrogryposis multiplex congenita: Perspectives from key stakeholders. *Disabil Rehabil*. Agosto de 2020;42(16):2318-24.
5. Çalışgan E, Akyol B. Current concepts in physiotherapy and rehabilitation protocol for arthrogryposis multiplex congenita: An unusual case report. *Ann Clin Anal Med*. 10 de junio de 2021;12.
6. Álvarez-Quiroz P, Yokoyama-Rebollar E. Abordaje clínico y diagnóstico de la artrogriposis. *Acta Pediátrica México*. 2019;40(1):44-50.

7. Azbell K, Dannemiller L. A Case Report of an Infant With Arthrogryposis. *Pediatr Phys Ther Off Publ Sect Pediatr Am Phys Ther Assoc.* 2015;27(3):293-301.
8. Kimber E. AMC: amyoplasia and distal arthrogryposis. *J Child Orthop.* Diciembre de 2015;9(6):427-32.
9. Abreu SEJ, Carballo DAA, Diaz OG, Núñez DAG, Aniubis D, Cabrera F. Artrogriposis múltiple congénita. Presentación de un caso. 2016;11(1):5.

Capítulo 259

SÍNDROME SUBACROMIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

ELENA SÁEZ GARCÍA

JORGE ROLDÁN SEGURA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

1 Introducción

El Síndrome subacromial o también llamado Impingement., es la causa más común de dolor en el hombro. Se describe como dolor intenso en el hombro, normalmente no deja descansar por la noche al paciente. Se produce por un estrechamiento del espacio subacromial (espacio que hay entre la cabeza del humero y acromio) por donde pasan los tendones del manguito de rotadores.

La principal causa de estrechamiento del espacio subacromial es por artrosis que se produce por acciones repetidas (sobre todo por acciones con brazos por encima de la cabeza). Esta artrosis suele provocar una bursitis (inflamación de la bursa) acompañada por una tendinopatía del supraespinoso y acabando con rotura del manguito (suele ser el supraspinoso pero puede ir acompañado de otros tendones).

El manguito de los rotadores está formado por los tendones de cuatro músculos que tienen su origen en la escápula y se insertan en el troquíter y el troquín. La función del manguito es contrarrestar la acción del deltoides que tiende a ascender el húmero estabilizando la articulación del hombro.

Estos músculos son:

- El subescapular.
- El supraespinoso.
- El infraespinoso.
- El redondo menor.

Otros músculos implicados en esta lesión y que también hay que tener en cuenta son:

- Bíceps femoral.
- Deltoides.
- Pectoral mayor.
- Dorsal ancho.

2 Objetivos

Describir el síndrome subacromial mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Nuestro paciente, de 34 años, presenta un síndrome subacromial grado 1, trabaja en una empresa de artes gráficas: cargando peso y montando cajas. La lesión se la hizo pegando tirones para separar el plástico del cartón, esto es importante ya que pudo ser una sobrecarga la que desencadenara la lesión, ya que el hombro le dolía de hacía un tiempo.

En la fase aguda no lo podía casi mover. Le repercutió a la hora de vestirse, de dormir y peinarse, es decir en las actividades de la vida diaria. El paciente no tiene hobbies con lo cual no le repercutió en este aspecto.

Los médicos le hicieron una radiografía y una ecografía con lo que le diagnosticaron la lesión, le mandaron ibuprofeno, el cual estuvo tomando durante una semana y una pomada antiinflamatoria.

- Localización de dolor: el dolor está localizado en la cara anterior de la cabeza del humero, en el espacio subacromial.
- Tipo de dolor: momentáneo, le duele según la posición con movimientos bruscos. Factores que lo empeoran: coger peso, movimientos bruscos, dolor en la abd a 45 grados.
- Inspección: presenta una piel normal, no inflamada, ni ruborizada, tiene un color normal.
- Sintomatología: le dan pinchazos según la posición en la que se encuentre el hombro.

- Escala del dolor (escala EVA): los primeros días al hacerse la lesión le dolía de 8 o 9.
- Partes blandas: dolor a la palpación de los tendones que se insertan en la cara anterior del humero.
- Tono muscular: no se observa diferencia entre los dos brazos.

Realizamos el siguiente tratamiento:

- Cyriax (a la palpación es bastante molesto).
- Ultrasonido pulsátil, dosis 120,1 Mhz, 5 minutos con gel conductor.
- Movilizaciones: flexo-extensión y decoaptaciones de hombro (para separar el espacio subacromial).
- Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) analgésica: simétrica burst, 4 ventosas, vaciado 15,15 minutos.
- Ejercicios isométricos.
- Ejercicios de tonificación.
- Ejercicios de propiocepción.

Después de 15 días realizando el tratamiento de fisioterapia pautado y realizando ejercicios en su casa, además de añadir pautas de higiene postural, se observa que según dos valoraciones realizadas al paciente, una antes de realizar el tratamiento y otra al finalizarlo:

El paciente ha disminuido considerablemente el dolor y la inflamación, además de ganar movilidad aumentando en rango articular más de 5 grados en todos los movimientos del hombro (flexión, extensión, abducción, abducción, rotación interna y rotación externa). También se observa un aumento de fuerza teniendo un balance muscular de 5 en todos los músculos venciendo una resistencia máxima.

4 Discusión-Conclusión

Con los resultados obtenidos podemos asegurar que el tratamiento propuesto puede ser positivo para disminuir el dolor, aumentar la movilidad articular y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La disminución de la inflamación y el dolor mediante la electroterapia permitirá ir avanzando en la movilidad mediante movilizaciones pasivas y activo-asistidas y cinesiterapia, modificando la sensación final o “tope”. Estas movilizaciones con decoaptación se mostrarían con el factor más importante del tratamiento en nuestra opinión, ya que muchos nuevos tratamientos enfocan el tratamiento del síndrome subacromial de manera más unidimensional (por ejemplo los tratamientos basados únicamente en Diatermia o punción seca) no contemplando el problema

de la formación de adherencias que pueden derivar en otras complicaciones como el hombro congelado.

A largo plazo otro factor determinante será la continuación de un programa de ejercicios a nivel domiciliario ya que según el trabajo y los movimientos repetitivos que el paciente realiza en su día a día, las patologías a nivel glenohumeral pueden tener recidivas.

5 Bibliografía

- 1 . Abel Renovell Blasco. Septiembre 2002. Síndrome subacromial www.efisioterapia.net.
- 2 . Efectividad de diferentes modelos de fisioterapia en el tratamiento del síndrome subacromial en atención primaria. José Abad Querol [1]; M.^a del Mar Morales Jiménez [1]; M.^a del Mar Martínez Lentisco [1] [1] Servicio Andaluz de Salud. Localización: Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, N.º. 2, 2021.
3. Schunder, Schulte, Schumacher, Voll, Wester (2005) Prometheus, texto y atlas de anatomía tomo1, Madrid. Editorial medica panamericana.

Capítulo 260

EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS DIABÉTICAS

ANA GAMUNDI OTERO

CELESTINO GARCIA CAPILLA

1 Introducción

Debido al elevado coste económico, su alta incidencia y las posibles graves consecuencias que conlleva, la diabetes es considerada una de los grandes problemas de salud mundial.

Según los últimos estudios, la diabetes en España afecta a alrededor del 15 % de la población y se calcula que la cifra de diabéticos en el mundo, puede aumentar un 50 % en los próximos 20 años.

Se trata de una enfermedad metabólica en la que los niveles de glucosa en sangre se mantiene elevados de manera crónica. Esto es debido a una deficiencia de la insulina que secreta el páncreas o a una resistencia hacia ella generada por parte del propio organismo.

Esta enfermedad puede generar graves problemas en el individuo como la ceguera, la insuficiencia renal, los derrames cerebrales o las amputaciones de los miembros inferiores entre otras complicaciones cardiovasculares.

Dentro de los diferentes tipos, la diabetes tipo 2 es la más común (se cree que el 90% de personas diabéticas sufren este tipo).

Para controlar esta enfermedad es conocida la importancia de disponer del tratamiento farmacológico adecuado y unos hábitos de vida saludable como la alimentación sana y evitar el tabaquismo.

Sin embargo, consideramos que la realización de ejercicio físico no dispone de la relevancia que merece y el potencial de la prescripción de entrenamiento físico no ha sido del todo explotado. De ahí que consideremos oportuno la realización de este estudio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los distintos tipos de diabetes.

Objetivos secundarios:

- Explicar ejercicio recomendado.
- Dar a conocer la importancia del ejercicio físico para controlar esta enfermedad y sus complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos contenidos en PEDro, Pubmed, Scielo y Medline como principales bases de datos. Así mismo, se han consultado diferentes páginas web especializadas en este tipo de enfermedad.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de diabetes:

La diabetes gestacional ocurre durante el embarazo y aunque suele desaparecer una vez que nace el bebé, puede provocar daños en el niño y en ocasiones, supone un aviso para la madre de padecer diabetes en el futuro (prediabetes).

La tipo 1, se suele diagnosticar en edad juvenil y es provocada por la falta de insulina pancreática. Los pacientes que sufren este tipo, necesitan inyectarse insulina de forma diaria.

En la tipo 2, el problema radica en el uso ineficaz de la insulina por parte del organismo. Aunque también influyen factores como la edad y los antecedentes familiares, está muy relacionada con la obesidad y el sedentarismo.

El ejercicio físico mejora la acción de la insulina al ser las células más sensibles a ella y más eficientes, disminuye el peso corporal y los niveles de colesterol y contribuyen a mantener en condiciones aceptables los valores de la presión

arterial. Se puede decir que aporta efectos beneficiosos tanto al estado físico y como al mental permitiendo una mejor calidad de vida.

De forma general, se recomienda la práctica deportiva al menos tres veces por semana. En cuanto a la duración, se aconseja un tiempo mínimo de 150 minutos a la semana en caso de actividad física de intensidad moderada aunque es posible mantener los beneficios en menos tiempo si el ejercicio es de alta intensidad (ejercicio realizado al 80 % de la frecuencia cardíaca máxima).

Lo más beneficioso es la realización de actividad aeróbica combinada con periodos de alta intensidad y ejercicios de fuerza.

En el caso de pacientes sedentarios, se aconseja comenzar con caminatas de corta duración para ir progresando hasta alcanzar las intensidades y tiempos recomendados.

5 Discusión-Conclusión

Todos los estudios consultados coinciden en los beneficios de ejercicio físico para el control de la diabetes y mejorar la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Conociendo la relación de la obesidad con la diabetes tipo 2 y su influencia hereditaria, parece interesante la prescripción de actividad física en pacientes prediabéticos para evitar el desarrollo de la enfermedad y disminuir su elevada incidencia.

Con el objetivo de evitar riesgos y conseguir mejores beneficios, es recomendable que el tipo y duración de la actividad deportiva sea supervisada por un profesional así como que la medicación y la dieta sea ajustada de manera personalizada.

6 Bibliografía

1. La diabetes a través de las estadísticas [Internet]. freestylelibre. 2018 [citado 10 junio 2022]. Disponible en: <https://www.freestylelibre.es/libre/diabetes-blog/la-diabetes-a-traves-de-las-estadisticas.html>.
2. Mancilla R, Torres P, Álvarez C, Schifferli I, Sapunar J, Diaz E. High intensity interval training improves glycemic control and aerobic capacity in glucose intolerant patients. *Rev Med Chile* 2014.
3. Álvarez C, Ramírez-Campillo R, Henríquez-Olguín C, Castro-Sepúlveda M, Carrasco V, Martínez C. ¿Pueden ocho semanas de ejercicio físico combinado normalizar marcadores metabólicos de sujetos hiperglicémicos y dislipidémicos?. *Rev Med Chile* 2014.

4. Sigal RJ, Kenny GP, Boulé NG, Wells GA, Prud'homme D, Fortier M, et al. Effects of Aerobic Training, Resistance Training, or Both on Glycemic Control in Type 2 Diabetes A Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2007.

Capítulo 261

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: FISIOTERAPIA EN FASCITIS PLANTAR

ELENA SÁEZ GARCÍA

JORGE ROLDÁN SEGURA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

JAVIER RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

La fascitis plantar es una patología comúnmente tratada en los centros de fisioterapia. La inflamación de esta fascia, que une el hueso calcáneo con los dedos de pies, puede ser muy molesto e incluso incapacitante para el paciente. Normalmente esta dolencia aparece tras una sobrecarga, un traumatismo o una elongación exagerada de la fascia.

Hay múltiples factores que pueden predisponer a padecer fascitis plantar, y entre ellos encontramos:

- Sobrepeso, obesidad, o sobrecargar de manera brusca la fascia.
- Problemas en el arco plantar, pie plano, pie cavo.
- Sobrecarga mecánica por sobreesfuerzos como correr largos períodos.
- Patrones de movilidad que produzcan acortamiento del tríceps sural.
- Calzado inadecuado, demasiado plano, demasiado rígido o demasiado blando.
- Lesión en el tendón de Aquiles.
- Espolón calcáneo, aunque no siempre tiene porque predisponer a fascitis.
- Cambios en la mecánica corporal.

¿Qué síntomas pueden presentar los pacientes que padecen fascitis plantar?:

- La más común será el dolor en el talón del pie.
- Dolor a lo largo del arco plantar.
- Acortamiento de tendón del tríceps sural.
- Hinchazón o enrojecimiento de la planta del pie, sobre todo en el borde interno.
- Sensación de quemazón.
- Rigidez o incapacidad para la marcha tras un periodo de reposo (sobre todo aumento del dolor tras dormir).

2 Objetivos

Determinar si los diferentes tratamientos de fisioterapia comúnmente utilizados en el tratamiento de la fascitis plantar muestran resultados favorables o no.

3 Metodología

Se ha usado una búsqueda y revisión de artículos a través de Google Académico con las palabras "fisioterapia en fascitis plantar". Dos de los artículos encontrados corresponden a trabajos de fin de grado (TFG). Se han buscado revisiones bibliográficas que incluyeran tratamiento conservador con fisioterapia.

4 Resultados

Son múltiples las opciones terapéuticas con la que la fisioterapia puede elaborar el abordaje del problema:

- Magnetoterapia antiinflamatoria.
- Microonda pulsátil.
- Electroterapia analgésica (TENS baja frecuencia, Interferenciales media frecuencia analgésicas).
- Ultrasonidos.
- Láser.
- Iontoforesis con corriente galvánica.
- Vendajes.
- Ortopédico.
- Electrolisis Percutánea Intratisular.
- Electrolisis Percutánea Terapéutica.
- Diatermia.

- Terapia manual, movilizaciones y cinesiterapia.
- Masoterapia.
- Estiramientos.
- Reeducción propioceptiva y reeducación de la marcha.
- Termo y crioterapia.

El problema con el que nos encontramos en la literatura sobre el tema es que es difícil encontrar revisiones que específicamente hayan realizado estudios con tratamientos únicos, por lo que es complicado aislar los resultados de un abordaje dentro del conjunto de tratamientos con el que la fisioterapia suele actuar.

En el artículo (1): Las técnicas más empleadas fueron los estiramientos y las ondas de choque, aunque los mejores resultados se obtuvieron combinando varias técnicas.

En el artículo (3) volvemos a observar la eficacia demostrada de las ondas de choque y de los estiramientos, nuevamente apreciamos el problema de valorar la eficacia de los diferentes tratamientos de manera aislada y la necesidad de abordar la patología con un programa de varios enfoques donde normalmente el protagonista son los estiramientos.

Los estudios que evalúan la efectividad de las ondas de choque, presentan una muestra y una calidad metodológica, mucho mayor que la de los demás métodos, lo que otorga mayor fiabilidad a sus resultados.

Los vendajes tipo "tape" ofrecían buenos resultados a corto plazo, aunque nuevamente hay problemas para evaluar los resultados de manera independiente respecto a otros tratamientos.

Las órtesis plantares muestran mejores resultados más a largo plazo.

En el estudio número (5) los resultados obtenidos sobre la eficacia del ultrasonido en el tratamiento fueron positivos, nuevamente asociando estos resultados con técnicas de estiramientos al igual que se presentaban en los otros artículos.

5 Discusión-Conclusión

En general podemos afirmar que hay una amplia cantidad de artículos que sostienen de forma clara la efectividad de los tratamientos de fisioterapia en el abordaje conservador de la fascitis plantar.

El problema lo podemos encontrar en esclarecer cuál de todos los tratamientos es más eficaz que los demás.

Podemos decir sin miedo a equivocarnos, en que encontramos mejores resultados con la combinación de diferentes técnicas que con técnicas aisladas.

Las opciones terapéuticas que más comúnmente aparecen asociados a resultados positivos serían los ondas de choque y los estiramientos, debido a la relación que presenta la fascitis con el acortamiento de tríceps sural.

En líneas generales otros tratamientos como los ultrasonidos o los vendajes para calmar el dolor agudo, también se han mostrado eficaces.

6 Bibliografía

1. Efectividad de distintas terapias físicas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar. Revisión sistemática. Ana María Díaz López y Patricia Guzmán Carrasco. Servicio de Rehabilitación. Hospital General Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:157-178. N.º1 Enero-Febrero 2014.
2. Fisioterapia en el tratamiento de fascitis plantar De Bortoli Celina , Santos Mazur Rafaele Mariane , Mascarenhas Gomes Luis Paulo¹, Grzelczak Marcos Tadeu, Bittencourt Fábio Pires , Dantas, Estelio H. M. Universidad Autónoma de California XIII Congreso Internacional de Actividad Física y Ciencias del Deporte.
3. Actualización del tratamiento conservador de fisioterapia en la fascitis plantar. D. Brais Domínguez Rey. Universidad da Coruña. 2016.
4. Efectividad de la fisioterapia en el tratamiento de la fascitis plantar. Revisión sistemática. Madrigal -Serrano, Laura . Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud. 2015.
5. Eficacia del ultrasonido en la fascitis plantar: revisión sistemática. M.E. Vílchez Barrera, C. Mangas Dévora. Área de Fisioterapia, Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.

Capítulo 262

CASO CLÍNICO. TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN

CELESTINO GARCIA CAPILLA

ANA GAMUNDI OTERO

ESTELA LAREDO SAL

1 Introducción

La Tendinitis de De Quervain recibe su nombre del cirujano suizo del mismo nombre que fue el primero en describirla y consiste en la afectación de los tendones que ocupan la más lateral de las correa de tendones extensores de la muñeca situándose por encima de la zona anatómica denominada “tabaquera anatómica”.

Los tendones que se van a ver afectados serán el abductor largo del pulgar, que se encarga de separar el primer dedo, y el extensor corto, que colabora en la extensión del mismo dedo pulgar.

En ocasiones, la vaina que los recubre va a verse comprometida también apareciendo engrosada y con líquido en cuyo caso estaríamos hablando entonces de una “Tenosinovitis”. Este engrosamiento de la vaina dificulta el normal deslizamiento de los tendones en su interior provocando una fricción que acentúa el cuadro doloroso.

Determinados gestos laborales propios de algunas profesiones o actividades pueden predisponer a la aparición de sobrecargas y/o fenómenos irritativos de los tendones que la ocupan e incluso, como se puede apreciar en muchas ocasiones, de su vaina, que como ya hemos mencionado anteriormente se verá engrosada y

con aumento de líquido dando todo ello lugar a la aparición de dolor, inflamación e impotencia funcional.

Altamente incapacitante en sus estadios más dolorosos, supone una de causa importante de baja laboral especialmente entre los trabajadores manuales cuya actividad demanda un sobreuso continuado de las manos y gestos repetitivos de la articulación de la muñeca (peluqueros, operarios manuales, terapeutas manuales, entre otros).

Afecta en mayor proporción a mujeres que hombres con un ratio de 4:1, en un segmento de edad que varía de los 30 a los 55 años con especial incidencia en el embarazo y posparto.

Su aparición puede estar disociada de fenómenos puramente mecánicos y así, no es raro encontrarla en patologías de indole reumática como las artritis psoriásicas, reumatoides etc.

Sus síntomas más frecuentes son el dolor, que asienta sobre la zona de la tabaquera anatómica y pulgar, la impotencia funcional para algunos movimientos (pinza y agarre especialmente), pérdida de fuerza y dolores irradiados hacia el antebrazo en los casos más comprometidos.

2 Objetivos

Conocer la patología de la tenosinovitis de De Quervain mediante la exposición de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 42 años, peluquera de profesión que acude a consulta por dolor en la base del pulgar y sobre la tabaquera anatómica con irradiación a antebrazo de mes y medio de evolución.

Presenta pérdida de fuerza y dolor al utilizar los utensilios propios de su trabajo (uso de las tijeras sobre todo) y al realizar maniobras de torsión, especialmente todas aquellas que implican el uso del dedo pulgar y los gestos de pinza. Durante la exploración se evidencian signos inflamatorios en la zona de la tabaquera anatómica con notable hinchazón, dolor a la palpación, a la movilidad activa y pasiva, crepitación a la flexión, extensión del pulgar así como resultado positivo al test de Eichhoff.

Pruebas complementarias con ecografía muestran presencia de líquido anecoico

en el interior de la vaina sinovial con signos de engrosamiento del primer compartimento extensor e imágenes hipoecogénicas del tendón.

Para salir de dudas se lleva a cabo el siguiente diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:

- artrosis del pulgar.
- fractura escafoides.
- síndrome de Wartenberg.
- artrosis muñeca.
- discopatía cervical C5-C6.
- punto gatillo braquial anterior.

Para su tratamiento se combinan la vertiente farmacológica a base de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) prescritos por su médico junto con un programa de fisioterapia con sesiones diarias durante la primera semana basado en la aplicación de láser de alta potencia y cinesiterapia activo-asistida en las primeras fases de la recuperación que se combina con estiramientos y masaje descontracturante en la musculatura implicada.

En una fase posterior y con un descenso de la sintomatología se pauta un programa de ejercicios excéntricos con cargas progresivas no superando nunca el 3-4 de dolor en la escala EVA manteniéndose los estiramientos y la cinesiterapia activa a razón de días alternos.

Tras 27 sesiones la paciente se encuentra asintomática y es dada de alta.

4 Discusión-Conclusión

Si bien el origen de este tipo de patologías no está muy claro si que es posible identificar una serie de factores que pueden predisponer a su aparición y su prolongación en el tiempo. Como ha quedado claro, todos aquellos trabajos manuales que exijan un sobre uso de las maniobras de pinza, agarre o sobreesfuerzo continuado de la muñeca van a ser caldo de cultivo propicio para su aparición.

Si a esto unimos una musculatura y un tendón no entrenados adecuadamente para esa demanda gestual, no es de extrañar que, más tarde o más temprano, acaben manifestándose en nuestros pacientes.

Será deber del terapeuta centrarse en la identificación temprana del problema, analizando sus causas predisponentes y desarrollar un programa de recuperación que incida con igual insistencia tanto en la corrección del gesto laboral o de-

portivo como en el fortalecimiento y acondicionamiento del componente músculo esquelético.

Para ello se implementarán programas de trabajo con carga progresivas sobre el tendón, con progresiones de isométrico a excéntrico que el paciente habrá de mantener también una vez recibida el alta y cuya finalidad será evitar la aparición de futuras recaídas.

5 Bibliografía

1. Backup, K. Pruebas clínicas para patología ósea, muscular y articular. Ed. Masson, 2000
2. Jurado Bueno, A. Medina Porqueres I. Tendón. Valoración y tratamiento en fisioterapia. Ed. Paidotribo 2008.
3. Cyriax, J. Lesiones de ligamentos, tendones, cartílagos y músculos. Ed. Marbán libros. 2006.
4. Fernández Rosa, L. Carrión Otero, Ofelia. Patología médico-quirúrgica para fisioterapeutas. Ed. Elsevier. 2019.
5. Dommerholt, J. Fernández de las Peñas, C. Punción seca de los puntos gatillo. Una estrategia clínica basada en la evidencia. Ed. Elsevier. 2019.
6. Rodríguez Martín, J.M. Electroterapia en Fisioterapia. Ed. Panamericana. 2019.

Capítulo 263

TRATAMIENTO FISIOTERÁPEUTICO MEDIANTE ELECTROTERAPIA EN LA AXONOTMESIS

MAR GALINDO MARTINEZ

1 Introducción

Las lesiones de nervios periféricos son frecuentes en el ser humano, originando una experiencia desagradable tanto física como psicológica, debido a las consecuencias motoras y sensoriales que en mayor o menor medida generan dichas lesiones.

Las causas de la lesión del nervio periférico pueden ser múltiples: compresión mecánica, accidente traumático, compresión isquémica, lesión de carácter tóxico, fracturas óseas, luxaciones articulares, entre otras. Las consecuencias de la lesión del nervio dependerán tanto del grado de lesión, como de la zona, mecanismo de producción o el tiempo en que comience la rehabilitación.

El nervio periférico está formado por largos axones que comunican los distintos órganos diana con el sistema nervioso central a través de la médula, siendo este la conjunción tanto de fibras motoras, procedentes del asta anterior de la médula, como de fibras sensitivas procedentes del asta posterior de la médula.

En su recorrido hasta distal, los axones están recubiertos de tres capas de tejido conectivo: endoneuro, la capa más interna que envuelve a los axones; el perineuro, que reúne varios axones formando los fascículos; y la capa más externa o perineuro que envuelve al nervio y es prolongación de la duramadre espinal. Este tejido conectivo aporta protección, elasticidad y vascularización al nervio, es decir, oxigenación y nutrición. En función del grado de agresión externa que

sufra el nervio estas capas protectoras pueden verse afectadas. Así, se habla de distintos tipos de lesión según diversos autores.

La clasificación clásica de Seddon establece 3 tipos de lesiones: neuroapraxia, en la que la función del nervio se ve alterada pero sin solución de continuidad tanto del axón como del tejido conectivo, axonotmesis, en la que solo se daña el axón, quedando indemnes las capas conectivas que lo envuelve; y neurotmesis, que supone la sección total del nervio, tanto axón como tejido conectivo. Sunderland establecía 5 categorías, basándose en esta misma clasificación, al dividir la axonotmesis en 3 grupos en función de si estaba afectada una, dos o las tres capas conectivas. Mackinnon y Dellon proponían una sexta categoría en la que el daño en el tendón sería una combinación de varias posibilidades anteriormente descritas.

En el supuesto menos lesivo, la neuroapraxia, generalmente cursa con una parálisis periférica, sin llegar a producirse una atrofia muscular. La sintomatología es reversible cuando cesa la causa que comprime el nervio, normalmente en días o semanas.

2 Objetivos

Conocer qué tratamientos específicamente de electroterapia se utilizan para la lesión del nervio periférico, en concreto, de la axonotmesis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se han encontrado un total de 307 artículos, de los que finalmente se han utilizado solo 37, de los cuales tan solo 7 explicaban específicamente el tratamiento de la lesión del nervio periférico con electroterapia, desarrollando los parámetros concretos eléctricos (tipo de onda, frecuencia, intensidad, anchura del pulso, etc.)

Distintos autores proponen el uso de electro estimulación en la parte proximal del nervio lesionado, en concreto, corrientes de baja intensidad favorecerían la regeneración por aumentar la expresión de los conocidos factores neurotróficos derivados del cerebro, que favorecen la producción de las células de Schwann y mielina que envuelve al axón, así como la expresión de genes asociados con factores de crecimiento. La electro estimulación de baja frecuencia, (20Hz como máximo) durante entre 30 minutos y una hora, y comenzando lo más pronto posible la rehabilitación, puede favorecer a aumentar las probabilidades de mejoría.

Se buscaría breves impulsos por encima del umbral de excitabilidad, es decir, en lo que se observe la contracción del músculo afectado por la lesión del nervio.

Otro tipo de corrientes propuestas son la electro estimulación nerviosa transcutánea (TENS) de alta intensidad. Se aconsejan pulsos estrechos de menos de 1 ms de duración, con el objetivo de disminuir el dolor de origen neuropático. Sin embargo, su uso resulta controvertido y habría que profundizar más en cuanto al desarrollo de los parámetros más apropiados para conseguir unos mejores resultados.

Por su parte, Schuhfried propone que para estimular la fibra nerviosa lesionada habría que utilizar pulsos inferiores a 1 ms, mientras que para estimular la fibra muscular denervada habría que utilizar pulsos superiores a 1 ms, debido a que esta tiene un tiempo de refracción mucho mayor. De esta manera podría conseguirse una disminución de la atrofia o bien una instauración más lenta de esta, tras la denervación. La electroestimulación habría que empezar la más pronto posible, unos días después de la lesión, y prolongarse con sesiones regulares hasta varios meses. No deber producir fatiga muscular. En este sentido Dressendorfer y colaboradores también proponen la utilización de electroterapia para fortalecer y evitar la atrofia tras una lesión de nervio periférico. Sin embargo, se echa de menos mayor especificaciones en cuanto a qué parámetros eléctricos usar.

Humlen, O.(4) en su tesis sobre la lesión infra clavicular del plexo braquial tras fractura de húmero, también propone el uso de la electroterapia como medida terapéutica. Propone utilizar corrientes mediante pulsos aislados, con una intensidad de 30 a 40 mA, con 10 a 20 contracciones en cada músculo afecto, durante 10 minutos, utilizando la técnica monopolar, es decir el electro activo más pequeño localizado en el músculo diana.

Phansopkar, P. y colaboradores realizaron un estudio en la axonotmesis del nervio radial. Proponen usar corrientes farádicas de 1ms de duración de impulso, con 3 ms de reposo entre cada uno, con intensidad suficiente como para producir una contracción visible. También usan corrientes galvánicas para mejorar la reeducación de la musculatura, pero no especifican los parámetros de la corriente.

Tamaki y colaboradores (6) obtuvieron buenos resultados en cuanto al fortalecimiento utilizando electroestimulación, con corrientes de 250 micro segundos de duración, con una intensidad de 16 mA, con 2 segundos de estimulación y 6 de descanso (10Hz), aplicadas durante 30 minutos.

Bueno y colaboradores (7), usaron en su estudio con la denervación en ratas usaron las clásicas corrientes rusas para evitar la atrofia, obteniendo buenos resultados: El primer ciclo se llevó a cabo durante 10 minutos, para estimular las fibras rojas. Para ello, se utilizó una frecuencia de ciclo de 2500Hz en periodos de 0,4ms; la frecuencia de activación fue de 30 Hz; Intervalos de 3/1, con 9 segundos de estimulación por cada período de descanso de 27 segundos. El porcentaje de modulación fue del 50%. El segundo ciclo se realizó durante 10 minutos para estimular las fibras blancas. Para ello, se utilizó una frecuencia de ciclo de 2500Hz en periodos de 0,4ms; la frecuencia de activación fue de 100 Hz; Intervalos de 3/1, con 9 segundos de estimulación por cada período de descanso de 27 segundos. El porcentaje de modulación fue del 50%

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años no ha habido mucha publicación nueva que aporte una mayor profundidad en cuanto al uso concreto de electroterapia para el tratamiento de la lesión de axonotmesis en el nervio periférico. Esta es una lesión bien en cuanto a lesiones de nervios periféricos se refiere. También la electroterapia es una técnica clásica de tratamiento. Sorprende que en los últimos años no hayan muchos estudios con respecto a la electroterapia y su uso para el tratamiento de esta lesión frecuente. Se han encontrado pocas referencias bibliográficas, algunas de las cuales haciendo alusión a publicaciones anteriores. Son pocos los autores que describen con exactitud los parámetros eléctricos que habrían de usarse.

6 Bibliografía

1. Alvites, R., Caseiro, A. R., Pedrosa, S. S., Branquinho, M. V., Ronchi, G., Geuna, S., ... & Maurício, A. C. (2018). Peripheral nerve injury and axonotmesis: State of the art and recent advances. *Cogent Medicine*, 5(1), 1466404.
2. Schuhfried, O. (2019). Rehabilitation of peripheral nerve injuries. *Hamdan Medical Journal*, 12(3), 96.
3. Dressendorfer, R., Callanen, M., Council, R. O., & Richman, S. (2020). Burner/Stinger Syndrome.

4. Hum Len, O. (2018). Rehabilitation of infraclavicular brachial plexus injury and proximal humeral fracture after surgical repair.
5. Phansopkar, P., Athawale, V., Birelliwar, A., Naqvi, W., & Kamble, S. (2020). Post-operative rehabilitation in a traumatic rare radial nerve palsy managed with tendon transfers: a case report. *The Pan African Medical Journal*, 36.
6. Tamaki H, Yotani K, Ogita F, Hayao K, Nakagawa K, Sugawara K, Kirimoto H, Onishi H, Kasuga N, Yamamoto N. Electrical Stimulation of Denervated Rat Skeletal Muscle Ameliorates Bone Fragility and Muscle Loss in Early-Stage Dis-use Musculoskeletal Atrophy. *Calcif Tissue Int*. 2017 Apr;100(4):420-430. doi: 10.1007/s00223-017-0250-y. Epub 2017 Feb 17. PMID: 28213864.
7. Bueno CRS, Pereira M, Favaretto IA, Junior, Bortolussi CHF, Santos TCPD, Dias DV, Daré LR, RosaGM Junior Electrical stimulation attenuates morphological alterations and prevents atrophy of the denervated cranial tibial muscle. *Einstein*

Capítulo 264

FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

GEMA GARCÍA ASCOZ

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

1 Introducción

El síndrome de latigazo cervical (SLC) es una lesión de columna cervical, provocada generalmente por la colisión de vehículos a motor, que genera una flexión, o extensión de cuello, con una fuerte oscilación de la cabeza de delante hacia atrás, o de atrás hacia delante, junto con movimientos de lateralidad y torsión forzada del cuello (1,2).

Este tipo de lesión, puede tener síntomas y lesiones que pueden prolongarse en el tiempo. Estos síntomas pueden ser de menor categoría (debilidad muscular, vértigos, dolores de cabeza) y otros tener una mayor consideración (lesiones musculares o neurológicas). En función de estas manifestaciones clínicas el SLC se clasifica en 5 niveles según la Quebec TASK Force (QTF), dependiendo de la gravedad de los signos y síntomas (3,4).

En la mayoría de casos de SLC la recuperación es de unas semanas, y pueden volver a su trabajo o actividades. Sin embargo en otras ocasiones estos síntomas pueden durar más de seis meses. En torno al 20 % de los afectados por el SLC están curados en una semana, el 50 % en un mes, el 70 % en seis meses y el 80 % en dos años (1,5). En España se estima que aproximadamente el 15% de los accidentes de tráfico sufren un SLC, sin embargo se considera un síndrome de poca importancia y sin ninguna trascendencia, ya que el trastorno no es fatal y en poco habitual que se requiera tratamiento quirúrgico (1).

A la hora de realizar la historia clínica, es importante incluir informaciones como sexo, ocupación, lesiones previas de columna, alteraciones psicológicas, síntomas actuales y tiempo que lleva con los mismos, usos de dispositivos de seguridad. También es importante, conocer la posición de la cabeza en el momento del impacto(1,6). Se han realizado diferentes estudios, donde se han valorado los factores de riesgo para estos pacientes. Muchos de estos estudios relacionan una evolución desfavorable de SLC si el paciente presentaba cefaleas y dolores cervicales previos al accidente, sexo femenino, edad avanzada, reclamaciones en curso, antecedentes de patología psiquiátrica, bajo nivel de educación, cervicoartrosis previa (1,7).

En cuanto al tratamiento, el 70% de los pacientes responde al tratamiento conservador, mientras que el otro 30% es tratado quirúrgicamente (1). El tratamiento conservado consiste en la combinación de una serie de modalidades terapéuticas, dependiendo de la fase del SLC (3):

- Aguda < 2 semanas: ejercicio activo, educación sobre la lesión, magnetoterapia, técnicas manuales de movilización.
- Subaguda 2-12 semanas: terapia manual, entrenamiento postural y psicológico, programas de ejercicio activo, manipulación articular.
- Crónica > 12 semanas: programas de ejercicios activos. Movilización manual, técnicas de tejidos blandos, terapia manual y ejercicio activo.

También se utilizan otras técnicas como reposo, tratamiento farmacológico, electroterapia, masoterapia, termoterapia...(1,8).

La fisioterapia ha demostrado la importancia que tiene en el tratamiento y recuperación de los signos y síntomas del SLC. La fisioterapia mejora significativamente los signos y síntomas del SLC, comparándolos con otras técnicas como el uso de collarín blando en pacientes con SLC grado I y II. Ya que el uso del mismo, puede hacer que el paciente adopte posturas no fisiológicas para evitar el dolor, que las cuales si se mantienen en el tiempo, pueden generar una sobrecarga en

la musculatura y articulaciones (3,8).

Clasificación del SLC	Signos y síntomas
Grado 0	Sin presencia de dolencias o signos físicos.
Grado I	El paciente refiere dolor, rigidez o sensibilidad, pero no hay signos físicos.
Grado II	El paciente refiere dolor, rigidez o sensibilidad y aparecen signos musculoesqueléticos (disminución del rango de movimiento, puntos sensibles).
Grado III	El paciente refiere dolor, rigidez o sensibilidad y aparecen signos neurológicos (disminución o ausencia de reflejos tendinosos, debilidad y déficit sensorial). Además pueden aparecer signos musculoesqueléticos.
Grado IV	Fractura o luxación.

Tabla 1: clasificación del SLC según la QTF.

2 Objetivos

Como objetivos de este caso clínico destacamos:

- Objetivo principal: describir el diagnóstico y valoración de fisioterapia en el síndrome del latigazo cervical.
- Objetivos secundarios: identificarlos síntomas y signos del SLC y tratamiento adecuado para resolverlos en el menor tiempo posible.

3 Caso clínico

Hombre de 45 años, electricista, presenta antecedentes familiares de hipercolesterolemia, juega al pádel y es fumador. El paciente sufrió un accidente de coche, un impacto por detrás. Debido al dolor en la región cervical y una sensación de mareo acudió a los servicios de urgencias. Tras la realización de las pruebas de imagen, donde se descartó la presencia de fracturas o luxaciones, se le diag-

nostico con SLC y se procedió a la colocación de un collarín durante 15 días y antiinflamatorios. Tras 15 días de evolución después de la retirada del collarín el paciente acude a consulta debido a:

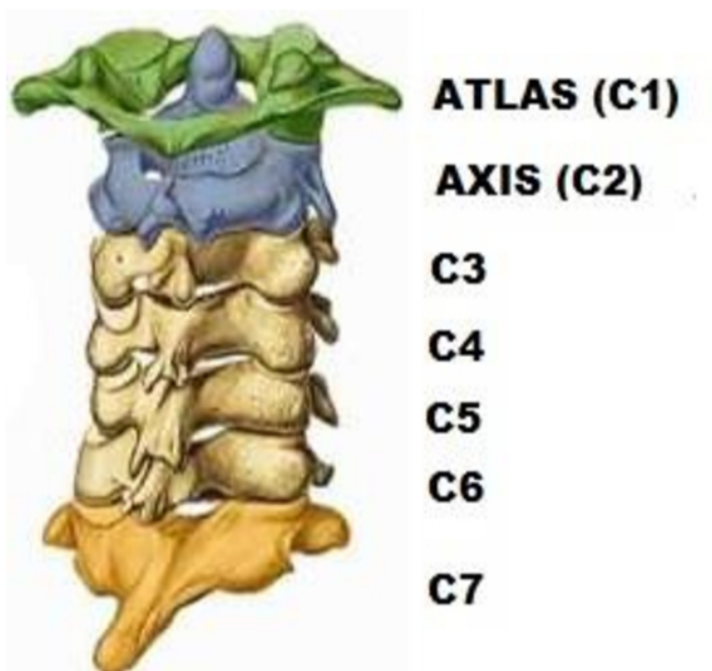
- Fuerte dolor que tiene en la región cervical tanto posterior como anterior y la incapacidad para mover el cuello en todo su recorrido. La inestabilidad y la sensación de mareo han desaparecido, pero persiste un dolor bastante intenso en la región cervical: 7/10 EVA.

*El paciente actualmente sigue tomando antiinflamatorios tres veces al día.

En la exploración física observamos que el paciente presenta una actitud cifótica y que debido al dolor, se mueve en bloque, no disocia el raquis cervical del resto del cuerpo. Es importante destacar la importancia del raquis cervical, ya que es la conexión entre el cráneo y el tórax. El paciente refiere dolor en la zona cervical, donde palpamos varias bandas tensas, así como P.G.M (ECM, pterioideo medial, escaleno) y aumento general del tono. Dolor muy intenso a la palpación 7/10 EVA. Al realizar la valoración articular del raquis cervical (raquis cervical típico C2-C7; y raquis cervical atípico Occ-C1 y C1-C2) encontramos dos disfunciones articulares:

- FRS izquierda C5-C6 y FRS izquierda C6-C7, es decir, el paciente no mueve bien hacia la extensión, inclinación y rotación derechas.
- También valoramos las dorsales altas y comprobamos que todo está normal.

Tras realizar la valoración y diagnóstico de fisioterapia se propone una pauta de tratamiento. Utilizamos diferentes técnicas para trabajar sobre las zonas blandas, como amasamientos, inhibición suboccipital, infrarrojo, TENS analgésico. También utilizamos punción seca para los puntos gatillos. Para ganar recorrido articular utilizamos movilizaciones sin impulso y técnicas de energía muscular, y también con precaución para corregir las disfunciones, movilizaciones con impulso. Muy importante trabajar con este paciente la educación postural y ejercicios terapéuticos.



4 Discusión-Conclusión

El síndrome de latigazo cervical, es una lesión cada vez más frecuente en la actualidad. La gran cantidad de vehículos y los numerosos accidentes que se suceden día tras día, está provocando que cada vez sean más los pacientes que acuden a la consulta de fisioterapia con esta lesión. En España alrededor del 15% de los accidentes de tráfico sufren SLC, lo que provoca que sea una patología muy frecuente en las consultas de Atención Primaria y en médicos evaluadores de discapacidad (1,9).

Las lesiones por latigazo cervical representan para la sociedad un elevado coste, donde la mayoría de los casos se prolongan periodos de tiempo superiores a 6 meses, por lo que se proponen estrategias de intervención temprana para reducir los costes individuales y sociales. Aparte del tratamiento farmacológico que se suele prescribir es este síndrome, la fisioterapia ha demostrado la gran eficacia que tiene en la resolución de los síntomas que este provoca. La terapia manual, así como inducir al paciente a realizar ejercicio activo y seguir unas pautas de higiene postural, se postula como el tratamiento que mejor resultados reporta a este síntoma.

Como conclusión general tras el desarrollo del caso, la fisioterapia, así como una buena valoración y diagnóstico, nos permiten resolver o reducir en gran medida las lesiones provocadas por disfunciones articulares, que anteriormente se trataban solo mediante tratamiento farmacológico.

5 Bibliografía

1. Vicente Baños A. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico del “síndrome de latigazo cervical”. *Rev Fisioter (Guadalupe)*. Jan, 2009; 8(1): 5-28.
2. Arregui-Dalmases C, Combalía A, Velazquez-Ameijide J, Sanchez-Molina D, Teijeira R. Biomecánica del latigazo cervical: conceptos cinemáticos y dinámicos. *Rev. Esp. de Med. Legal*, 2012; 39 (3): 99-105.
3. Zagaluz Anula N. Evidencia de los tratamientos fisioterápicos utilizados en el síndrome de latigazo cervical. Una revisión bibliográfica. *Rev Fisioter (Guadalupe)*. Nov, 2013; 12: 05-12.
4. Serrano-Muñoz D, Gómez-Soriano J, Ávila-Martín G, Galán-Arriero I, Romero-Muñoz LM, Taylor JS, et al. Sensibilización central al dolor en pacientes con síndrome del latigazo cervical: una revisión. *Rev Latinoam Cirugía Ortopédica*. 2016;1(3):102-7
5. Ortega, P., A. (2003). Revisión crítica sobre el síndrome del latigazo cervical (II): ¿Cuánto tiempo tardará en curar? *Cuadernos de Medicina Forense*, (34), 15-27.
6. Regal Ramos J. Síndrome de latigazo cervical. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Med Segur Trab (Internet)*, 2011; 348-360: 57.
7. Villarroya Llorach H. Revisión Bibliográfica sobre la Epidemiología y Evolución del Síndrome de Latigazo Cervical. *Rev fisioter* 2010; 9 (1):21-36.
8. Martín Berrocal A, Pedro Pascual A, Martín Baranera M, Tinoco González J, Mateo Lozano S. Relación entre síndrome de disfunción temporomandibular y síndrome de latigazo cervical tras un accidente de tráfico. Estudio de cohortes. *Fisioterapia* 2018 Sep 1; 40(5):232-240.
9. Regal Ramos, Raúl Jesús. (2011). Síndrome de latigazo cervical: Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(225), 348-360.

Capítulo 265

TENDINOPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA

GEMA GARCÍA ASCOZ

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

1 Introducción

El manguito rotador está formado por los músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular (1).

En el manguito rotador, la zona más afectada es la zona del tendón del supraespinoso (80% de los casos), seguida por el infraespinoso (15% de los casos), y del tendón del subescapular (5% de casos) (2).

En la tendinopatía del manguito rotador hay una inflamación de estos tendones. Cuando dicha tendinopatía no se trata adecuadamente puede dar lugar a calcificaciones y roturas. Así, la aparición de la patología del manguito se ha descrito como una alteración que comienza como una tendinitis, continúa como una tendinosis, posteriormente aparecen roturas parciales y podría finalizar con rotura completa (3).

La patología del manguito rotador es una de las principales causas de dolor de hombro (4). La prevalencia de la patología del manguito aumenta a partir de los 40 años de edad (5), de manera que con 60 años, el 50% de la población presenta alguna lesión del manguito que contribuye a la aparición de dolor y/o discapacidad (6).

La etiología de la tendinopatía del manguito es multifactorial. La presencia de variantes anatómicas tales como osteofitos acromiales, osificación de la inserción del ligamento coracoacromial o diferentes morfologías del acromion parecen estar asociados a la tendinopatía, sin que esté demostrado que sean causantes de dicha tendinopatía. Sí podrían ser causas de aparición de tendinopatía la presencia de alteraciones biomecánicas como la discinesia escapulotorácica o la disfunción muscular; o alteraciones posturales que producen alteraciones dinámicas de la posición de la escápula y del acromion, que podrían causar compresión tendinosa (7).

Se han identificado como factores de riesgo de la tendinopatía del manguito la edad superior a 50 años, la diabetes y actividades que supongan elevar el brazo por encima de la cabeza (8).

Una buena exploración y pruebas de imagen complementarias son fundamentales para llegar a un diagnóstico correcto. En cuanto a la exploración del hombro destacan la maniobra del arco doloroso, signo de Neer y signo de Yokum para patología subacromial; test de Jobe y test de Codman para roturas del supraespinoso; la maniobra de Patte para roturas del infraespinoso y redondo menor; y el test de Belly Press y maniobra de Gerber para roturas del subescapular (9).

La ecografía, la resonancia magnética nuclear (RMN) y la artroresonancia (artro-RMN) aportan información en cuanto a las alteraciones morfológicas que podrían aparecer (10).

El tratamiento conservador de la tendinopatía debe incluir la educación del paciente sobre medidas posturales, medidas destinadas a la reducción del dolor, y medidas para el control y aumento progresivo de las cargas mecánicas sobre el tendón. La cirugía está reservada para los pacientes en los que las medidas conservadoras han fracasado.

2 Objetivos

Objetivo principal

Conocer el abordaje en fisioterapia en la tendinopatía del manguito rotador.

Objetivos secundarios

Conocer la fisiopatología general de la tendinopatía del manguito rotador.

Conocer la etiología, factores desencadenantes y contribuyentes y factores de riesgo de la tendinopatía del manguito rotador.

Conocer las pruebas de exploración clínica y pruebas de imagen complementarias para el diagnóstico de la tendinopatía del manguito rotador.

3 Caso clínico

Mujer de 59 años con dolor en la cara anterior del hombro derecho que acude a consulta derivada por el médico rehabilitador. Refiere dolor al realizar movimientos del miembro superior derecho, tales como desabrocharse el sujetador; peinarse o lavarse el pelo; o coger objetos de estantes altos. No tiene dolor en reposo. A veces dolor nocturno al dormir sobre el lado derecho.

En la exploración estática observamos postura con antepulsión de cabeza, hombros ligeramente enrollados, aumento de la cifosis dorsal. En la exploración dinámica observamos que conserva todos los rangos articulares de movilidad pero últimos grados de abducción de hombro y rotación externa son dolorosos con pérdida del control motor fluido. En cuanto a los test ortopédicos realizamos el signo de Neer, test de Jobe, maniobra de Patte y maniobra de Gerber siendo todos negativos descartando por tanto afectación subacromial y posibles roturas. En cuanto al balance muscular presenta 4/5 en los abductores y rotadores externos y 5/5 en flexores, extensores, aductores y rotadores internos.

Acude con pruebas diagnósticas: radiografía sin alteraciones significativas; resonancia magnética nuclear (RMN) con tendinosis de supraespinoso.

Establecido el diagnóstico de tendinopatía del manguito rotador por tendinosis del supraespinoso se le pauta a la paciente educación postural para mejorar la alineación de las diferentes estructuras y trabajar el control motor en estas posiciones más óptimas de reclutamiento. Se le pautan ejercicios domiciliarios del protocolo HSR (Heavy Slow Resistance) consistentes en trabajar con cargas elevadas a velocidad lenta mediante contracciones concéntricas y excéntricas fundamentalmente del músculo supraespinoso. Así estos ejercicios permiten el trabajo del tendón, la activación de la unidad mio-tendinosa y de cadenas cinéticas que mejoran el dolor y la función a través de cambios en el sistema nervioso central y cambios corticales en la organización del movimiento (11).

4 Discusión-Conclusión

El dolor de hombro es uno de los síntomas más comunes de las lesiones musculoesqueléticas, y una cuarta parte de la población general y hasta dos tercios

de los adultos la padecen en algún momento en sus vidas (12). Su prevalencia se ha estimado en un 15-30% de la población (13). La causa más común de dolor de hombro es la tendinopatía del manguito rotador (14).

Para su diagnóstico es fundamental una buena exploración clínica del hombro mediante las maniobras de valoración de los 4 músculos que conforman el manguito rotador y las pruebas de imagen complementarias. Un diagnóstico certero nos permitirá elegir el mejor tratamiento (conservador o quirúrgico) de acuerdo con el estado de afectación de las estructuras.

Como conclusión el conocimiento de la etiología, fisiopatología y causas contribuyentes a la aparición de la tendinopatía nos ayudan a desarrollar un plan de intervención en fisioterapia basado no solamente en el tratamiento de la sintomatología tendinosa sino en el reacondicionamiento de la estructura tendinosa para que esta pueda manejar las cargas mecánicas necesarias sin dolor y con una nueva organización cortical.

5 Bibliografía

1. García-Porrero, J. A., Hurlé, J. M. Capítulo 7. Aparato Locomotor de la Extremidad Superior. García-Porrero, J. A., Hurlé, J. M. Anatomía humana. 1ª ed. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2005. 169-243.
2. V Chianca, D Albano, C Messina, F Midiri. Rotator cuff calcific tendinopathy: from diagnosis to Treatment. 2018; 89 (1): 186-196.
3. Neer CS 2nd. Impingement lesions. Clin Orthop Relat Res. 1983(173):70-7.
4. Van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. Br J Gen Pract. 1996;46(410):519-23.
5. Tempelhof S, Rupp S, Seil R. Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymptomatic shoulders. J Shoulder Elbow Surg. 1999;8(4):296-9.
6. MacDermid JC, Ramos J, Drosdoweck D, Faber K, Patterson S. The impact of rotator cuff pathology on isometric and isokinetic strength, function, and quality of life. J Shoulder Elbow Surg. 2004;13(6):593-8.
7. S. Moros Marco1, J. Díaz Heredia2, M. Á. Ruiz Ibán. Tendinopatía del supraespinoso: diagnóstico ecográfico y por resonancia magnética. Alternativas de tratamiento conservador y quirúrgico. 2022; 29 (1): 33-43.
8. Leong HT, Fu SC, He X, Oh JH, Yamamoto N, Hang S. Risk factors for rotator cuff tendinopathy: a systematic review and meta-analysis. J Rehabil Med. 2019;51(9):627-37.

9. Granero Xiberta J, Cavanilles Walker JM, Ramírez Ezquerro C. Exploración física del aparato locomotor: exploración física de la extremidad superior. Barcelona; 2004: 9-39.
10. Roy JS, Braen C, Leblond J, et al. Diagnostic accuracy of ultra-sonography, MRI and MR arthrography in the characterisation of rotator cuff disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015;49(20):1316-28.
11. Dominguez-Romero, J.G.; Jiménez-Rejano, J.J.; Ridao-Fernández, C.; Chamorro-Moriana, G. Exercise-Based Muscle Development Programmes and Their Effectiveness in the Functional Recovery of Rotator Cuff Tendinopathy: A Systematic Review. *Diagnostics* 2021, 11, 529.
12. Littlewood, C. Contractile Dysfunction of the Shoulder (Rotator Cuff Tendinopathy): An Overview. *J. Man. Manip. Ther.* 2012, 20, 209–213.
13. Pope, D.P.; Croft, P.R.; Pritchard, C.M.; Silman, A.J. Prevalence of Shoulder Pain in the Community: The Influence of Case Definition. *Ann. Rheum. Dis.* 1997, 56, 308–312.
14. Van der Windt, D.A.; Koes, B.W.; de Jong, B.A.; Bouter, L.M. Shoulder Disorders in General Practice: Incidence, Patient Characteristics, and Management. *Ann. Rheum. Dis.* 1995, 54, 959–964.

Capítulo 266

TENDINOPATÍA DEL TENDÓN DE AQUILES EN DEPORTISTA. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ELENA MUÑOZ MENENDEZ

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

GEMA GARCÍA ASCOZ

ÁNGEL GONZÁLEZ PAYO

1 Introducción

La tendinopatía del tendón de Aquiles es una de las patologías más comunes en los deportistas. La degeneración del tendón provoca una alteración estructural que conllevará al individuo a padecer dolor e incapacidad funcional para realizar su deporte. Anteriormente, a los pacientes con esta patología se les pautaba reposo absoluto, medidas antiinflamatorias y evitar todo tipo de ejercicios o actividad relacionada con su práctica deportiva. La evidencia científica ha reflejado que es un proceso degenerativo del tendón y no tanto inflamatorio. Por ello, en patologías del tendón de carácter crónico se deberá hablar de tendinopatía y no de tendinitis (1, 2).

Las tendinopatías suelen manifestarse tras una mala gestión de cargas, el sobreesfuerzo del tendón puede dar lugar al proceso patológico. También se han rela-

cionado con una disminución de la vascularización, degenerando histológicamente el tendón durante los diferentes procesos de la lesión. Además, diversos factores como el estado de la musculatura del tríceps sural, edad, tabaco, antibióticos, peso, pie cavo, condiciones de entrenamiento, técnica deportiva, lesiones anteriores, etc. Podrán influir en la aparición de la lesión.

En la actualidad, el abordaje de fisioterapia está cambiando, para la mejora de los síntomas se debe reducir el mecanismo de producción de dolor por un periodo de tiempo. Por lo tanto, se considera esencial gestionar las cargas en el tendón. El fisioterapeuta debe tener en cuenta el volumen y la frecuencia de entrenamientos del deportista lesionado (3).

Actualmente, el tratamiento clave se basa en estimular el tendón de manera progresiva. El ejercicio excéntrico es el apropiado para provocar una respuesta de remodelación aumentando el colágeno en el tendón de Aquiles dañado.

Es responsabilidad del fisioterapeuta buscar información con evidencia científica sobre la lesión y el abordaje óptimo para obtener unos buenos resultados en el tratamiento. Por lo tanto, se conseguirá una mayor disminución de los síntomas y una rápida readaptación a la actividad deportiva (1, 2, 3, 4).

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica actual sobre la tendinopatía del tendón de Aquiles.
- Analizar el abordaje de fisioterapia para la tendinopatía del tendón de Aquiles.

3 Metodología

Respecto al material y métodos para la elaboración de este estudio, se realizó una revisión de la evidencia científica en las siguientes bases de datos:

- Science Direct.
- Medline (A través de la herramienta PubMed) - PEDro.
- Cochrane.

Se escogieron diversas palabras clave, teniendo en cuenta tanto términos controlados (MeSH) como términos libres correspondientes al lenguaje natural:

“Achilles tendon”, “Exercise Treatment”, “Load Management”, “Tendon Injuries”, “Tendinopathy”, “Treatment” y “Physical Therapy”.

Tras la lectura de los títulos de los artículos científicos, se seleccionaron aquellos más apropiados. Se procedió a revisar los resúmenes y fueron escogidos aquellos que se ajustaron al objetivo del estudio para ser posteriormente analizados a través de una lectura a texto completo.

También se recopilaron estudios considerados de interés a través de búsqueda inversa.

4 Resultados

La tendinopatía aquilea puede clasificarse de diferente forma según la zona del tendón en la que se manifieste o el estado tisular de la lesión.

La tendinopatía generada en la unión de la tuberosidad calcánea con el tendón se presenta por alteraciones intratendinosas tras inflamación. Se suele relacionar con las fuerzas de tracción generando entesitis. Por la existencia de un crecimiento óseo exagerado denominado exortosis, como es el Signo de Haglund.

La tendinopatía aquilea ubicada en la porción media del tendón se caracteriza por incapacidad funcional, dolor y engrosamiento. Es la entidad clínica patología más común de la tendinopatía del tendón de Aquiles (1, 2, 3).

Esta lesión suele afectar de manera grave a la carrera deportiva siendo de carácter crónico si no se trata adecuadamente.

En primer lugar, se debe gestionar un reposo relativo inicial y gestionar las cargas de manera óptima para favorecer la recuperación del tendón.

El daño histológico en el tendón conlleva rotura de las fibras de colágeno requiriendo así mayor tiempo de tratamiento. La tasa metabólica del tendón es lenta, por tanto se necesitará planificar bien los plazos y cargas del tratamiento para la sinterización y remodelación total del colágeno (5).

Son numerosas las técnicas fisioterápicas que pueden ser empleadas en el tratamiento de la tendinopatía de Aquiles.

La evidencia científica refleja que un tendón sano es un tendón fuerte. Se ha comprobado la eficacia de los ejercicios excéntricos. La carga mecánica aumenta el crecimiento del número de tenocitos y consigue acortar tiempos para la recuperación de los tendones. Se ha mostrado en ensayos clínicos que la gestión de cargas progresiva en los tendones aumenta la producción de colágeno.

También se recogen otros tratamientos de la fisioterapia convencional como el ultrasonido, láser, crioterapia como tratamiento conservador. Se aumentará así la síntesis de colágeno y se podrá combinar con el ejercicio terapéutico según se adapte al paciente y al estado de la tendinopatía del tendón de Aquiles (6, 7, 8).

5 Discusión-Conclusión

La conclusión del abordaje de fisioterapia de la tendinopatía aquilea es combinar el ejercicio terapéutico, especialmente los ejercicios excéntricos, con las diferentes terapias convencionales para el beneficio del paciente.

El protocolo de Alfredson ha reflejado resultados positivos con el número de series y repeticiones óptimas para mejorar el estado del tendón. Es el protocolo gold estándar en la mayoría de las intervenciones de dicha patología.

El ejercicio excéntrico incrementa la longitud del tendón activamente, aumentando el grosor y la fuerza en su estado sano. Por lo tanto, se conseguirá reducir la tensión y disminuir el dolor en el paciente lesionado (1,3,5).

El deportista resistirá y tolerará mayores fuerzas de tensión en futuras actividades deportivas. Se estimulará la creación de fibroblastos y se eliminarán adherencias entre las fibras de colágeno. La realización de los protocolos de ejercicio excéntrico debe ser sin provocar dolor.

El ejercicio terapéutico unido a otros tratamientos de fisioterapia convencional es un tema actual que requiere mayor investigación. Es necesaria la creación de nuevos ensayos clínicos para mejorar la evidencia científica sobre el abordaje en fisioterapia de los pacientes que padecen tendinopatía del tendón de Aquiles (2, 6).

6 Bibliografía

1. Longo UG, Ronga M, Maffulli N. Achilles tendinopathy. *Sports Med Arthrosc.* 2018;26(1):16–30.
2. Murphy MC, Travers MJ, Chivers P, Debenham JR, Docking SI, Rio EK, et al. Efficacy of heavy eccentric calf training for treating mid-portion Achilles tendinopathy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2019;53(17):1070–7.
3. Mascaró A, Cos MÀ, Morral A, Roig A, Purdam C, Cook J. Load management in tendinopathy: Clinical progression for Achilles and patellar tendinopathy. *Apunts Med l Esport.* 2018;53(197):19–27.
4. Roche AJ, Calder JDF. Achilles tendinopathy: A review of the current concepts of treatment. *Bone Joint J.* 2013;95-B (10):1299–307.
5. Silbernagel KG, Thomeé R, Eriksson BI, Karlsson J. Continued sports activity, using a pain-monitoring model, during rehabilitation in patients with Achilles tendinopathy: a randomized controlled study: A randomized controlled study. *Am J Sports Med.* 2007;35(6):897–906

6. Sorosky B, Press J, Plastaras C, Rittenberg J. The practical management of Achilles tendinopathy. *Clin J Sport Med.* 2004;14(1):40–4.
7. Azevedo LB, Lambert MI, Vaughan CL, O'Connor CM, Schwellnus MP. Biomechanical variables associated with Achilles tendinopathy in runners. *Br J Sports Med.* 2009;43(4):288–92.
8. Stasinopoulos D, Manias P. Comparing two eccentric exercise programmes for the management of Achilles tendinopathy. A pilot trial. *Br J Sports Med.* 2013;47(10):3.91-3.

Capítulo 267

FISIOTERAPIA EN ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES.

ANTONIO DÍAZ GUIRAO

BEATRIZ PEREZ MARTINEZ

ZOSER SAURA CARRETERO

JOSÉ CARLOS LÓPEZ CLEMENTE

ANA LAURA VALCÁRCEL AMANTE

1 Introducción

La etiología de la tendinopatía del tendón de Aquiles se refiere a la curación desorganizada del tendón. Se ha sugerido que las lesiones son debido a la tensión producida por una carga excesiva en el tendón ya sea de forma explosiva al realizar un gesto, o por mecanismos traumáticos de cronicidad del mismo. El tendón puede responder a una sobrecarga repetitiva por encima del umbral fisiológico, cursando con inflamación de la vaina del tendón, degeneración del cuerpo del tendón o una combinación de ambos. Se puede producir daño incluso si es estresado mecánicamente dentro de sus límites fisiológicos, ya que los microtraumatismos de forma frecuente que son acumulados en el cuerpo pueden no dejar el suficiente tiempo para la reparación y curación del mismo y presentar una rotura.

La rotura cursa con una sensación súbita de dolor agudo y un intenso chasquido en la parte posterior del tobillo, asociado a una notoria pérdida de la fuerza del

miembro inferior y limitación funcional para realizar la flexión plantar, la inversión de la articulación del tobillo y el gesto de salto. Más tarde a ese momento, se presenta un edema local peritendinoso y un hematoma local y perimaleolar en toda la zona.

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico la rotura del tendón de Aquiles y sus posibles causas, resaltando la importancia de encontrar un tratamiento óptimo para la pronta recuperación de esta lesión.

3 Caso clínico

Hombre de 45 años, triatleta profesional, acude a nuestra clínica de fisioterapia con una deambulación alterada y refiriendo un dolor agudo en el tendón de Aquiles del miembro inferior izquierdo. Se realiza un examen físico y ecográfico donde se evidencia una rotura parcial de fibras del tendón de Aquiles e incapacidad para realizar la marcha y el salto de forma correcta. Además de una sobrecarga muscular de gemelos interno, externo y sóleo con falta de fuerza asociada, y limitación importante para realizar la flexión plantar e inversión de tobillo de forma activa y pasiva.

Se pauta un tratamiento por el fisioterapeuta a realizar durante 3 semanas, acudiendo a la clínica de forma diaria.

La primera semana se aplica ultrasonido pulsátil, láserterapia, masoterapia y crioterapia postratamiento con el objetivo de reducir la inflamación y el dolor del paciente. Además, se añaden estiramientos pasivos sobre la musculatura de gemelos interno, externo y sóleo para disminuir la sobrecarga muscular y mejorar sus propiedades elásticas.

En la segunda semana de tratamiento, disminuye la inflamación y el dolor local, mejora la realización de la marcha y el impulso de salto, y aumenta el balance articular en flexión plantar e inversión de tobillo a falta de últimos grados. Por otro lado, el paciente sigue presentando falta de fuerza en la musculatura para realizar la marcha de forma correcta, por lo que se añade al tratamiento ejercicios isométricos para mejorar el balance muscular de miembro inferior.

En la tercera semana, el dolor y la inflamación remiten completamente, y realiza la marcha, carrera y salto de forma correcta, presentando un balance articular completo. Aun así, seguía presentando falta de fuerza y resistencia en la musculatura de gemelos y sóleo y leve sobrecarga de la musculatura.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos afirmar que el tratamiento fisioterápico antiinflamatorio y antiálgico realizado de forma diaria sobre el tendón y la musculatura, mejora su sintomatología, disminuyendo el dolor y la inflamación y mejorando de igual manera el balance articular en todos sus ejes de movimiento. Y el uso de estiramientos mejora las propiedades de los músculos asociados. Pensamos que añadiendo un programa de ejercicios concéntricos y excéntricos al tratamiento durante una semana más habría mejorado ese déficit de fuerza muscular y así haber conseguido una recuperación más completa de esta patología, mejorando su funcionalidad para realizar sus actividades de vida diaria.

5 Bibliografía

1. Benjamin M, Evans EJ, Copp L. The histology of tendon attachments to bone in man. *J Anat.* 1986;149:89-100.
2. Rufai A, Ralphs JR, Benjamin M. Structure and histopathology at the insertional region of the human Achilles tendon. *J Orthop Res.* 1995;13:585-93.
3. Bennazo F, Zanon G, Mafulli N. An operative approach to Achilles tendinopathy. *Sports Med Arthroscopy Rev.* 2000;8:96-101.

Capítulo 268

HEPATITIS A: QUÉ SIGNIFICA, CÓMO SE MANIFIESTA Y CÓMO AFECTA ESTA ENFERMEDAD A LA SOCIEDAD A NIVEL MUNDIAL

VIRGINIA AÑOVER ORTIZ

1 Introducción

Hepatitis significa que el hígado está inflamado. Esto quiere decir que el hígado se ha lesionado o hay infección. La hepatitis se considera enfermedad por diversos motivos, como infecciones, bacterias, lesiones, daños cerebrales, drogas, medicamentos, herencia, etc.

Existen distintos tipos de hepatitis: de tipo A, de tipo B, de tipo C, de tipo D, de tipo E, de tipo F y de tipo G. Asimismo, se hablará de una en concreto, hepatitis de tipo A, ya que es la enfermedad más común entre la humanidad.

Introduciendo un poco de historia respecto a la hepatitis A, en la antigüedad se manifestaron distintos casos de ictericia (ojos amarillos), por lo que se llevó a cabo un aislamiento de la población que manifestara estos casos.

Robert Harry Purcell, Albert Zaven Kapikian y Stephen Mark Feinstone son los que descubrieron la hepatitis A en 1973. En cambio, la hepatitis B fue detectado por Baruch Blumberg en 1963.

La hepatitis A es aquella la cual su vía de transmisión es a fecal u oral, igual que la hepatitis E. su transmisión se debe al agua contaminada, a alimentos en mal

estado, a la higiene, etc. Dicha enfermedad es más común en países más pobres, como Asia, África y América del Sur.

Se establecen datos sobre los brotes del virus de la hepatitis A, siendo la alimentación contaminada una de las principales causas de dichos brotes. A nivel mundial, este hecho es consecuente del 2-7 % de los brotes a nivel mundial.

Algunas de las características de la hepatitis A es que VHA es un virus que no siempre se manifiesta. Los más vulnerables a transmitir la enfermedad son los niños y los adolescentes siendo en los países más desarrollados. Asimismo, el virus de la hepatitis A suele ser menos grave en los niños ya que éstos acostumbran ser asintomáticos.

Existen factores de riesgo de contraer la hepatitis A, como por ejemplo la convivencia con alguna persona infectada, la adicción a las drogas por vía endovenosa. Asimismo, la infección del virus de la hepatitis A (VHA) se manifiesta a través de síntomas como náuseas, vómitos, fiebre, dificultad para respirar, o dolor abdominal.

La hepatitis A puede transmitirse a través de cualquier familiar u otra persona infectada. Para mejorar la calidad de vida respecto a este tipo de enfermedades, se necesita de vacunas para prevenciones, un aumento de higiene y buen ambiente en interiores. La mejor opción para ello es la vacuna, cuyas dosis se reciben en niños de entre 2 y 18 años de edad.

Para poder tratar la hepatitis A no es necesario de una intervención médica, es decir, no existe un tratamiento único para ello. Por consiguiente, este tipo de enfermedad no inicia infecciones ni enfermedades hepáticas crónicas.

Para disminuir los efectos de la enfermedad se debe prevenir el alcohol y algunos medicamentos, incluyendo el paracetamol, el cual afecta al hígado. Asimismo, estas prevenciones simplifican la tasa de mortalidad, siendo esta inferior al 0.1 %.

2 Objetivos

Conocer las características principales de la hepatitis A mediante el estudio de un caso.

3 Caso clínico

A lo largo de la mañana, un paciente de 48 años de edad acude a urgencias por malestar en general. Dicho paciente presenta síntomas como ictericia (ojos amarillos), vómitos, fiebre, dolor abdominal y dificultad al respirar. Por ello, se le hace una valoración médica, pidiendo analítica de sangre, de heces y de orina.

Mientras aparecen los resultados de laboratorio, el médico especialista le realiza una auscultación al paciente, es decir, se le mide la tensión arterial, la temperatura, el oxígeno, se le elabora un electrocardiograma, y por último, una radiografía de tórax.

Posteriormente, surgieron los resultados de las analíticas donde se descubre que hay un crecimiento de inmunoglobulina M. Con ello, como diagnóstico, se considera que el paciente padece de hepatitis A, por lo tanto, no ha sido necesario realizarle más pruebas específicas.

Por consiguiente, los profesionales sanitarios ingresan al paciente en el hospital, en una habitación aislada, ya que la hepatitis A es contagiosa y dicho paciente necesita unos días de reposo para controlar su estado y evolución.

Seguidamente, conforme han pasado los días (concretamente dos semanas), el paciente presentaba mejora ya que se le controlaba a través de analíticas y buena alimentación. De hecho, en las pruebas de analíticas, los niveles de inmunoglobulina M del paciente se han estabilizado.

Por lo tanto, como la analítica es estable y el paciente se encuentra perfectamente, el médico especialista decidió darle de alta, con un seguimiento de recomendaciones diarias ya que no existe un tratamiento único para tratar la hepatitis A.

Dichas recomendaciones para el paciente es una buena higiene tanto corporal como ambiental, alimentarse de manera saludable sin estar los alimentos caducados, no beber de aguas contaminadas, y sobre todo ser vacunado.

Asimismo, otras recomendaciones dictadas por el médico especialista, muy importantes para prevenir la hepatitis A, es evitar el consumo de alcohol y no tomar medicamentos como el paracetamol, ya que éste afecta al hígado.

Finalmente, conforme las solicitudes de consulta, el paciente ha ido yendo a revisiones, y las analíticas son satisfactorias y todo está dentro de la normalidad.

4 Discusión-Conclusión

Concluyendo la hepatitis A se considera como una enfermedad donde el hígado tiende a inflamarse por diversas infecciones e ingesta de drogas o alimentación contaminada. No siempre se manifiesta, aunque hay que prestar atención a los síntomas que se revelan, como ictericia (ojos amarillos), náuseas, fiebre, dolor abdominal o falta de oxígeno.

A fin de prevenir casos de hepatitis A, es importante mejorar ciertos hábitos como la higiene, el ambiente, la alimentación, y lo más importante administrarse la vacuna contra el virus de la hepatitis A.

Asimismo, en los hospitales, la hepatitis A se previene aislando a los pacientes hasta que las analíticas sean estables, para que no se propague dicha enfermedad.

Otros hábitos que hay que evitar, son el consumo de alcohol y de drogas o el mal hábito de suministrar medicamentos como el paracetamol, por el motivo de que éste afecta al hígado.

5 Bibliografía

1. Hepatitis. (2002). Digestive System. <https://medlineplus.gov/spanish/hepatitis.html>.
2. Wikipedia contributors. (s/f). Hepatitis A. Wikipedia, The Free Encyclopedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Hepatitis_A&oldid=143519765.
3. Kemmer, N. M., & Miskovsky, E. P. (2000). Hepatitis A. *Infectious Disease Clinics of North America*, 14(3), 605–615. [https://doi.org/10.1016/s0891-5520\(05\)70123-9](https://doi.org/10.1016/s0891-5520(05)70123-9).
4. Nainan, O. V., Xia, G., Vaughan, G., & Margolis, H. S. (2006). Diagnosis of hepatitis A virus infection: A molecular approach. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(1), 63–79. <https://doi.org/10.1128/cmr.19.1.63-79.2006>.
5. Randazzo, W., & Sánchez, G. (2020). Hepatitis A infections from food. *Journal of Applied Microbiology*, 129(5), 1120–1132. <https://doi.org/10.1111/jam.14727>.

Capítulo 269

RECOGIDA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO DE ESPECÍMENES EN EL LABORATORIO DE BIOQUÍMICA Y HEMATOLOGÍA

SARA CARRERA QUIROGA

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA

LIDIA ALAEZ ALVAREZ

MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ

FÁTIMA ARTIME GARCÍA

1 Introducción

En el ámbito sanitario el manejo del paciente incluye habitualmente, el empleo de diversas determinaciones o exámenes realizados en el laboratorio clínico.

La información que aporta el laboratorio es de gran importancia. En un elevado porcentaje de casos la decisión tomada por el facultativo respecto a la actuación sobre el paciente está basada en esta información. Por ello, la calidad de los resultados del laboratorio es esencial.

Desde la solicitud de una determinación hasta la elaboración de un informe, existen muchos pasos intermedios que no se deben descuidar, puesto que una in-

correcta toma de muestra o identificación de la misma, dará lugar a errores que podrían tener consecuencias negativas sobre los pacientes.

La calidad de la muestra y la información clínica son los dos factores clave que permiten al laboratorio de bioquímica y hematología seleccionar las técnicas más adecuadas para su procesamiento y la correcta interpretación los resultados obtenidos.

Para evitar errores, todo el proceso, desde la extracción del espécimen hasta el análisis de la muestra debe estar controlado; para ello, es necesario que cada hospital o laboratorio disponga de protocolos de recogida, transporte y almacenamiento de muestras.

Es importante diferenciar entre espécimen y muestra, ya que el primero (espécimen), no lleva preparación o ésta es mínima; por tanto no necesita recursos adicionales a los de la propia extracción, pero su estabilidad es menos que la muestra. La muestra es el espécimen ya manipulado para facilitar su manejo o estabilidad. Este es un factor importante a tener en cuenta a la hora de asegurar una calidad en el transporte y análisis de la muestra.

2 Objetivos

Establecer las directrices para asegurar la calidad de la fase preanalítica en lo que afecta tanto a la recogida como al transporte de muestras, hasta la llegada al laboratorio de bioquímica y hematología, y previo al procesamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros, protocolos de laboratorio 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

Identificación de la muestra:

Se realizará a través de la triple comprobación: preguntando el nombre del paciente (deberá ser él quien responda), comprobación en pulsera (en caso de

no llevarla, como en las extracciones de consultas externas, se comprobará con los datos del volante de petición), verificar los datos del número de historia.

Preparación del paciente y obtención de la muestra:

Se preparará el material necesario para la extracción, IDENTIFICANDO los tubos necesarios y realizar la extracción siguiendo el orden de llenado de tubos basado en la guía de “Buenas prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”. Las extracciones en condiciones de reposo y extracciones de pruebas funcionales se realizarán en las condiciones necesarias para las mismas.

Especímenes obtenidos:

Sangre venosa, muestras para gasometrías, líquidos biológicos (Líquidos cefalorraquídeo, ascítico, pleural o pericárdico), heces, orina y semen.

Transporte de especímenes:

El tiempo de transporte desde la toma de muestra hasta la entrega en el laboratorio correspondiente a temperatura ambiente para su inmediato análisis o pretratamiento, no superará los 30 minutos (10 minutos en el caso de las gasometrías).

Pretratamiento (centrifugación) de la muestra:

En función de la prueba a realizar, el espécimen será centrifugado para dar lugar a una muestra más estable y fácil de analizar. El tiempo y velocidad de centrifugado dependerá de la muestra, para ello, se consultarán los protocolos de centrifugado del laboratorio.

Criterios de rechazo:

El rechazo de muestras tiene por objetivo evitar emitir un informe de laboratorio con escaso o falso valor diagnóstico para el paciente. Además, estas reglas de rechazo garantizan la trazabilidad de los especímenes remitidos al laboratorio. Cada laboratorio dispone de protocolos para el rechazo de muestras.

Almacenamiento de muestras:

Después de su análisis, se guardará cada muestra o una alícuota de la misma durante un tiempo determinado que dependerá de la estabilidad de cada muestra así como de las normativas vigentes.

5 Discusión-Conclusión

Los errores derivados de una mala fase preanalítica conducen a errores graves en los resultados de los análisis, que se traducen en errores en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Pese a que en la mayoría de los casos el técnico de laboratorio no está durante la extracción, debe intentar percatarse de errores de este tipo en el caso de obtener resultados anómalos o discordantes, rechazando las muestras en caso necesario y poniéndolo en conocimiento del personal oportuno.

Tanto el personal que realiza la extracción como el que la transporta hasta el laboratorio, debe ser consciente de la importancia de una correcta identificación, toma de muestra y transporte de la misma.

Uno de los factores indispensables es que el hospital disponga de protocolos concretos al alcance de todo el personal que manipulará las muestras, para así conseguir un trabajo uniforme y de mayor calidad.

6 Bibliografía

1. <https://www.ifcc.org/media/214854/Errores%20en%20el%20laboratorio%20cl%C3%A>.
2. <https://www.murciasalud.es/preevid/22934>.
3. <https://revistamedica.com/procedimiento-recogida-muestras-biologicas-tcae/>.
4. http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100004.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6208058/>.

Capítulo 270

GASOMETRÍA ARTERIAL: PROCESAMIENTO EN EL LABORATORIO

FÁTIMA ARTIME GARCÍA

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA

MARÍA TERESA GONZALEZ NUÑEZ

LIDIA ALAEZ ALVAREZ

SARA CARRERA QUIROGA

1 Introducción

La gasometría es una prueba diagnóstica, invasiva, que consiste en una extracción de una muestra de sangre para su posterior análisis y determinación de la concentración de oxígeno o dióxido de carbono, con objeto de valorar la idoneidad de tratamientos de ventilación y oxigenación, así como el equilibrio del pH en sangre. Es decir, nos informa del estado global de la función respiratoria y de posibles alteraciones en el equilibrio ácido-base.

La principal función del aparato respiratorio es la de permitir una adecuada oxigenación de la sangre y eliminar el anhídrido carbónico producido. Esto se logra gracias a cuatro procesos: ventilación, perfusión, difusión y distribución. El resultado es el intercambio gaseoso y la liberación del dióxido de carbono desde la sangre al espacio alveolar.

Por lo tanto, la PaO₂ mide el grado de oxigenación y se considera que es el mejor parámetro para valorar el transporte de oxígeno.

La muestra puede ser de sangre arterial (la más frecuente y en la que se va a basar el presente capítulo) o sangre venosa, por lo que el método de extracción es distinto. Si es venosa se realiza la extracción como cualquier otra toma de muestra de sangre habitual; si es una gasometría arterial se requiere de un equipo especial, y la punción resulta más dolorosa ya que la pared de una arteria es más gruesa que la de una vena. Se suele realizar en la cara interna de la muñeca o en la flexura del codo y con jeringas heparinizadas.

2 Objetivos

Conocer la importancia de los resultados de la extracción de una muestra de sangre arterial para gasometría y su procesamiento en el laboratorio clínico.

3 Metodología

Para la creación del presente documento se han consultado libros, artículos y revisiones bibliográficas de medios de datos como: Google, Scielo; y selección de información procedente de la experiencia laboral como técnico de laboratorio en diferentes secciones de laboratorio de diagnóstico clínico.

4 Resultados

Para la extracción de la muestra se deben tener en cuenta una serie de aspectos relacionados con el paciente, ya que estos pueden interferir en los resultados finales del análisis:

- El paciente debe informar sobre la toma de algún tratamiento anticoagulante.
- Evitar el ejercicio intenso antes de la extracción.
- Evitar fumar 2 horas antes de la prueba.
- Valorar si el paciente recibe soporte de oxigenoterapia durante la extracción de la muestra.

Una vez extraída la muestra, se debe desechar la aguja, se sella con el tapón y se homogeniza por parte del personal de enfermería. La muestra deberá ser procesada lo antes posible, en un periodo de tiempo de 15-20 minutos. Si no fuera posible el análisis antes de este tiempo, se deberá conservar la muestra en frío, nevera o hielo hasta su llegada al laboratorio.

Llegada la muestra para gasometría arterial al laboratorio se comprueban los datos del paciente, su integración en el sistema informático del laboratorio y se procede a su análisis.

Para ello se comprueba, primero que, la jeringa llegue sin la aguja, si no la muestra será rechazada y devuelta al servicio que ha realizado la petición y, segundo que, la muestra esté libre de coágulos, si no este también sería motivo de rechazo. Si todo está correcto, se homogeniza la muestra y se comprueba que está libre de burbujas, purgando la jeringa si hiciese falta. Se homogeniza unos segundos y se integra en el analizador mediante la lectura del código de barras. Luego se coloca la jeringa para que la sangre sea aspirada, retirar la jeringa en el momento que lo solicite el analizador y cerrar el receptor. Al finalizar el aspirado de la muestra, la jeringa deberá depositarse en un contenedor resistente a punzocortantes.

El informe con los resultados podrá ser impreso y automáticamente será derivado al sistema informático del laboratorio, donde será revisado y validado por el facultativo/a en el laboratorio y enviado al médico/a que realizó la petición quien será el encargado de interpretar los resultados procedentes del análisis.

El gasómetro analiza de forma directa el pH, pCO₂ y pO₂. A partir de estas mediciones calcula otros valores como el bicarbonato, saturación de O₂, concentración de hemoglobina, electrolitos y metabolitos como glucosa y lactato.

5 Discusión-Conclusión

La gasometría proporciona mediciones directas de iones hidrógeno (pH), presión parcial de oxígeno (PaO₂), presión parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) y saturación arterial de oxígeno (SaO₂). Además, en algunos analizadores se puede medir la concentración de carboxihemoglobina (COHb) y metahemoglobina (MetHb). La concentración de bicarbonato y el exceso de base efectivo no son medidos de manera directa, son valores calculados.

La gasometría arterial está indicada en la evaluación de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas o agudas y/o enfermos críticos.

Es un gran marcador para valoración del estado de progresión del paciente o evaluación a una respuesta terapéutica, como un tratamiento de oxigenoterapia.

6 Bibliografía

1. Cortés-Tellés A, Gochicoa-Rangel LG, Pérez-Padilla R, Torre-Bouscoulet L. Gasometría arterial ambulatoria. Recomendaciones y procedimiento. *Neumol Cir Torax* [Internet]. 2017;76(1):44–50. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462017000100044.
2. Investigación RS. Revisión bibliográfica: técnica gasometría arterial [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-tecnica-gasometria-arterial/>.
3. Vitola NM. Interpretación Rápida De La Gasometría Arterial. *ЛитРес*; 2022.

Capítulo 271

EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA

NOELIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El hígado graso no alcohólico es una de las hepatopatías más comunes en países industrializados, la presencia de diabetes, obesidad, hiperlipidemia y enfermedad cardiovascular son los factores de riesgo de mayor importancia y los más citados durante el establecimiento y el desarrollo de la enfermedad de hígado graso.

La acumulación de grasa en el hígado, técnicamente llamado esteatosis hepática es un problema bastante común que puede ser causado por factores de riesgo como obesidad, diabetes, colesterol alto y consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

La esteatosis hepática puede preceder al diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial o dislipidemia, su evaluación resulta fundamental para identificar pacientes de riesgo, no solo de fibrosis y cirrosis hepática, si no también pacientes con mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

La esteatosis hepática a nivel mundial, presenta tendencias ascendentes, debido a múltiples factores, de allí que las autoridades deben tomar decisiones pertinentes frente al problema, se ha incrementado en los últimos años a niveles alarmantes, sin distinguir a las personas por su edad, sexo o condición social, mientras la mayoría de la población no hace una verdadera conciencia de lo grave que se

puede volver este problema si no se corrige con prontitud. La detección precoz de la esteatosis hepática en sus primeras etapas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la enfermedad en pacientes con hepatopatía crónica.

Objetivos secundarios:

- Describir los factores que intervienen en dicha enfermedad.
- Saber las causas que lo provocan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre temas ya existentes. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Décadas atrás se creía que la acumulación de grasa en el hígado era causada solamente por el consumo exagerado de bebidas alcohólicas y que la presencia de la esteatosis hepática era necesariamente algo perjudicial a la salud. Idea distinta es la que defiende en la actualidad, ya que el hígado graso es muy común y que el mismo puede ser causado por la variedad de condiciones no necesariamente asociadas a la ingesta crónica de alcohol. Así mismo, el autor deja claro que cuanto más grande y más prolongada es la acumulación de grasa en el hígado, mayores son los riesgos de lesión hepática, y que la esteatosis hepática es del nivel anterior al desarrollo de la esteatosis, hepatitis, que como el propio nombre dice, nada más es que una hepatitis causada por exceso de grasa.

Actualmente se conoce que la causa principal de formación de hígado graso es la captación de los ácidos grasos libres y su depósito en el hígado. Si esta situación evoluciona y se produce un fenómeno inflamatorio hepático, se produce la esteatohepatitis, pudiendo progresar a cirrosis si la inflamación crónica se transforma en fibrosis. El mecanismo de filtro del hígado se vería alterado en fases muy avanzadas.

Se puede decir que tanto el hígado graso no alcohólico como la esteorosis hepática no alcohólica están relacionados con los siguientes factores: sobrepeso, obesidad, resistencia a la insulina, un elevado de glucemia que indica prediabetes o diabetes tipo 2, niveles altos de grasa en la sangre, en particular triglicéridos.

Entre los tipos que se pueden encontrar están:

- Esteatosis hepática focal.
- Esteatosis hepática difusa.
- Esteatosis hepática perilesional.
- Esteatosis hepática subcapsular.
- Esteatosis hepática multinodular.
- Esteatosis hepática lobar.

Estos estudios por imágenes son métodos no invasivos que permiten la evaluación cualitativa y cuantitativa de la grasa hepática.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el hígado graso es por si mismo una condición benigna de curso asintomático con mínimas probabilidades de progresar, si esta condición puede evolucionar de manera silenciosa.

La esteatosis puede presentarse aislada o puede estar asociada a una hepatitis: la esteatosis hepática no alcohólica y la EHNA constituyen las denominadas esteatohepatitis no alcohólicas, en algunos casos puede derivar en una fibrosis, llegando a pasar incluso a la fase de cirrosis, de allí entonces la estrecha relación entre estudios externos de esta enfermedad, es decir el inicio considerado como esteatosis hepática y el fin la cirrosis hepática.

Se hace oportuno hacer referencia a los resultados obtenidos en estudios puesto que de manera concluyente llegan a determinar, entre otras cosas que la elastografía por resonancia magnética llega a ser entonces un método no invasivo y eficaz.

6 Bibliografía

1. ANMM, Barba, Bartres, Graffigna M, Marcano R, Martínez S, Mayo Clinic, M Liver Exam.

Capítulo 272

LIPOMA GRANDE EN BRAZO

LAURA FERRERO PARGA

1 Introducción

Los lipomas son tumores frecuentes del sistema osteomuscular, suelen aparecer a nivel subcutáneo, en espalda o extremidades.

Por lo general, se presentan en adultos y aumentan con la edad, tienen un crecimiento lento, y habitualmente son asintomáticos; a la palpación tienen consistencia blanda y despiertan escaso interés entre los cirujanos.

Tipos de lipomas en base a su forma y a sus características:

- Angiomiolipoma. Nódulo doloroso, localizado bajo la piel, frecuentemente se presenta en el antebrazo y más común en adultos.
 - Lipoma fusocelular. Nódulo indoloro, consistente y localizado generalmente en la espalda y/o el cuello. Más común en hombres entre 40-75 años de edad.
 - Lipomas Polimórficos. Lesión rara junto a células fusiformes (apariencia larga y delgada al microscopio) y lipocitos (células que forman el tejido adiposo).
 - Lipomas intermusculares e intramusculares. Son lipomas que pueden alcanzar gran tamaño, generalmente, se localizan en las extremidades inferiores. Estos lipomas se infiltran en el músculo y crecen alrededor de los nervios periféricos. En los lipomas intermusculares, el tratamiento de elección es la exéresis, especialmente en los casos de afectación nerviosa o duda diagnóstica.
- El lipoma es el tumor aislado más frecuente de partes blandas. Sin embargo, su presentación en mano y antebrazo es infrecuente.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la clasificación del lipoma para generar el mejor tratamiento a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Varón de 54 años, con una voluminosa tumoración en brazo derecho, de 2 años de evolución, con crecimiento progresivo, que le ocasionaba molestias y discretas parestesias del territorio radial. Se realiza TC que informa de una tumoración homogénea entre húmero y tríceps, compatible con lipoma. Se realiza tratamiento quirúrgico, en que se separa el músculo tríceps, y se practica una exéresis en bloque de la tumoración que desplazaba el nervio radial, que se disecciona de la cápsula del lipoma. El paciente se recuperó sin ninguna secuela nerviosa ni muscular y el informe anatomopatológico fue de lipoma benigno.

El diagnóstico resulta similar a los sarcomas, tanto en sus características físicas como en las imágenes por Resonancia Magnética y TC, mostrando imágenes heterogéneas, ya que los lipomas pueden contener cuerdas fibrosas o islas de hueso, que pueden interpretarse como un liposarcoma.

Los lipomas son tumores benignos de carácter blando, que están formados por células de tipo graso provenientes de tejido adiposo. Suelen crecer en el tejido subcutáneo, es decir, justo debajo de la piel, formando una protuberancia redondeada que resulta visible y palpable.

El diagnóstico mediante TC (tomografía) o RM (resonancia) suele ofrecer unas imágenes típicas en cuanto a su naturaleza y relación con estructuras vecinas, que ofrecen una interesante información para el cirujano que debe extirparlas, especialmente cuando está desplazada alguna estructura vascular o nerviosa.

Causas de la aparición de lipomas en el brazo.

Del mismo modo que no se conoce cuál es el factor exacto que implica la aparición de cualquier lipoma, en el caso de los lipomas en el brazo tampoco se sabe, aunque sí se puede decir que existen factores que propician la aparición de los lipomas, historial familiar, obesidad, golpes o lesiones, historial médico...

4 Discusión-Conclusión

En los lipomas intermusculares, el tratamiento de elección es la exéresis, especialmente en los casos de afectación nerviosa o duda diagnóstica.

No obstante, es posible que aparezcan lipomas más profundos, en músculos, nervios, órganos internos o en la cavidad abdominal.

Los lipomas tienen una mayor probabilidad de aparecer en hombros, cuello, espalda y brazos, aunque en cualquier lugar del cuerpo donde exista grasa subcutánea se puede desarrollar un lipoma.

La localización intramuscular o intermuscular es bastante infrecuente.

Aún que por lo general, se realiza una resonancia magnética o una exploración por tomografía computarizada si el médico sospecha que puede ser un liposarcoma al año de la intervención.

5 Bibliografía

1. Lipomas - Trastornos cutáneos - Manual MSD versión para profesionales. (2019) <https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-cutaneos/tumores-cutaneos-benignos>.
2. Lipoma. (2019). Retrieved from <http://www.pathologyoutlines.com/topic/softtissueadiposelipoma.html>.
3. De la Peña Llerandi A. Lipomas. [lipoma2.blogspot.com/2008/02 Seram](http://lipoma2.blogspot.com/2008/02/Seram).

Capítulo 273

CONTRASTES RADIOLÓGICOS EN MUJERES GESTANTES Y EN PERIODO DE LACTANCIA

LAURA FERRERO PARGA

1 Introducción

En los servicios de radiodiagnóstico, en la actualidad, se desempeñan un número en ascenso de pruebas diagnósticas para la detección, control y estudio de determinadas patologías, las cuales se desarrollan a lo largo de la vida de una mujer. Para la elaboración de la presente comunicación 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. Para este tipo de estudios se utilizan en muchos casos, contrastes radiológicos los cuales, según la edad fértil de la paciente, siendo gestante o en periodo de lactancia, pueden desencadenar ciertas dudas que se resolverán a lo largo de este documento.

Durante la lactancia, las pruebas con ultrasonidos, son la primera opción, siendo desaconsejada la utilización de microburbujas, como contraste ecográfico.

La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) son pruebas que en muchas ocasiones son desaconsejadas, dependiendo del riesgo/beneficio para la paciente, tanto por los efectos radiactivos, como por la necesidad de introducir contraste.

El Gadolinio no interacciona con los rayos X, empleándose en la resonancia magnética.

Los contrastes yodados, son utilizados en mujeres gestantes solo en exploraciones radiológicas esenciales, evaluando la función tiroidea del neonato durante la primera semana de vida.

2 Objetivos

Describir el uso de contrastes radiológicos en mujeres gestantes o en periodo de lactancia en los centros hospitalarios.

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 los estudios en Resonancia Magnética que sean esenciales realizar con contraste, se administra la menor dosis posible de un agente macrocíclico basado en gadolinio, sin necesitar realizar ningún tipo de prueba al neonato.

Se eliminan por vía renal y la vida media es similar a la de los contrastes de yodo. La lactancia puede continuarse con normalidad tras la administración de contraste yodado, sin necesidad de ningún control o seguimiento, tanto a la madre, como al feto.

En el caso de agentes de contraste macrocíclicos basados en gadolinio, es recomendable que la madre extraiga y tire 48 horas después de la administración del contraste, debido a que la eliminación es más lenta y pueden quedar restos que se pasen a la leche.

En Medicina Nuclear, se emplean radionucleidos, los cuales emiten radiación y son introducidos en la paciente para su posterior obtención de imágenes, en estas pruebas es recomendable que la madre, según el radiofármaco que le introduzcan y la vida media de él, esté las horas/días, indicados por el personal de Medicina Nuclear, sin acercarse a niños y personas vulnerables.

Estas pruebas deberían ser pospuestas hasta que la paciente de a luz, aunque en los casos que no se pueden demorar debido a la necesidad de conocer cuanto antes el diagnóstico, se extraerá y tirará la leche, hasta que el radionúclido esté en periodo de semidesintegración.

Según el tipo de imagen que se quiere obtener, los contrastes puedes ser:

- Positivos: Bario, Yodo, Gadolínico.
- Neutros: Agua, metilcelulosa, polietilenglicol y manito.
- Negativos. Aire y dióxido de carbono.

Cada sustancia se emplea según las imágenes que se quieren obtener.

El Gadolinio no interacciona con los RX, empleándose en la resonancia magnética.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia es segura tras la administración de contrastes, aún que es aconsejable la prevención en los quelatos de gadolinio.

Amamantar antes de la prueba, extraer para dar en las horas siguientes a la realización de la prueba.

Es esencial, que las mujeres estén informadas y orientadas a la hora de tomar la decisión, antes de rellenar el consentimiento informado que se les presenta a la hora de hacer pruebas radiológicas con contraste en un servicio de radiodiagnóstico.

La madre ha de recibir pautas no ambiguas por parte de los profesionales sanitarios que eviten inseguridad y rechazo a la lactancia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 274

CONOCIENDO LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

LAURA FERRERO PARGA

1 Introducción

La Resonancia Magnética es una prueba de diagnóstico clínico que trata de un examen imagenológico que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo de la persona. No se utiliza radiación, es decir, no se utilizan los rayos X.

La Resonancia Magnética permite obtener imágenes médicas que usan un campo magnético y ondas de radio generadas por computadora para crear imágenes detalladas tanto de los órganos como de los tejidos del cuerpo.

La resonancia magnética nuclear fue descrita y medida en rayos moleculares por Isidor Rabi en 1938. En 1946, Félix Bloch y Edward Mills Purcell refinan la técnica usada en líquidos y en sólidos.

Purcell trabajó durante mucho tiempo para producir y detectar energía de radiofrecuencias, y sobre absorciones de tales energías de RF por la materia.

Normalmente, las máquinas de Resonancia Magnética son grandes imanes y tienen forma de tubo. Cuando el paciente se recuesta dentro del aparato de resonancia magnética, el campo magnético provoca una realineación temporal de las moléculas de agua del cuerpo. De esta manera, las ondas hacen que los átomos alineados generen unas señales débiles que se utilizan para crear imágenes transversales de RM.

En los últimos años, el aparato de Resonancia Magnética también ha permitido producir imágenes 3D para que se puedan visualizar desde diferentes ángulos.

Con los nuevos softwares de postprocesado, se calculan gráficas y se obtienen imágenes procesadas con una gran calidad de imagen, favoreciendo el diagnóstico.

2 Objetivos

Describir los usos más frecuentes de la resonancia magnética son.

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 aparato de RM tiene forma tubular y está abierto a ambos extremos. Para realizar la prueba, el paciente deberá recostarse sobre una mesa móvil que se va a deslizar hacia el interior del tubo. El aparato crea un fuerte campo magnético alrededor del paciente, emitiendo ondas de radio hacia el cuerpo. Sin embargo, el paciente no sentirá dolor en ningún momento de la prueba.

Puede tener una duración entre 15 y 60 min. No causa dolor pero si la persona tiene miedo a los espacios cerrados puede generar claustrofobia.

Se realiza una valoración médica previa de las patologías a estudiar y se deciden los estudios a realizar.

Hay bobinas y técnicas especiales para personas obesas que no pueden entrar otros equipos de RM.

Generalmente, el paciente debe ponerse una bata hospitalaria y debe quitarse todos aquellos objetos que puedan afectar a las imágenes por resonancia magnética, como pueden ser los siguientes: objetos de metal, relojes, horquillas del pelo, audífonos, dentadura postiza, sostén con aros y cosméticos que tengan partículas de metal en su composición.

Sin embargo, los fuertes campos magnéticos que se crean durante la prueba, pueden provocar que algunos implantes como los marcapasos no funcionen igual

de bien. Los imanes también pueden provocar que una pieza de metal dentro del cuerpo se desplace o cambie de posición.

Es importante que el paciente permanezca quieto durante todo el examen.

Entre sus aplicaciones tenemos:

- Neurológicas: proporciona imágenes de mayor resolución que la tomografía computada (TC) para las estructuras nerviosas. Permite detectar edemas cerebrales, tumores, trombosis venosas, placas de desmielinización (esclerosis múltiple) e infartos cerebrales. Casi todas las anomalías cerebrales presentan alteraciones en el contenido de agua, que se consigue registrar con la RM.
- Cardiovasculares.: se puede estudiar el corazón así como las arterias y las venas.
- Otorrinolaringología: Alteraciones de oídos, senos paranasales, boca y garganta.
- Oftalmología.
- Tumores: permite detectar alteraciones tumorales de cualquier tipo y en cualquier órgano.
- Aparato locomotor: permite localizar lesiones óseas o musculares de todo tipo y en cualquier región del organismo. Es el único procedimiento que permite ver los ligamentos.

En general, puede ser utilizada para visualizar estructuras como corazón, pulmones, glándulas mamarias, hígado, vías biliares, bazo, páncreas, riñones, útero, ovarios, próstata, etc.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gran necesidad de obtener información en el campo de la investigación farmacéutica y médica, y la utilidad de las técnicas de imagen para el diagnóstico, que han demostrado tener una gran importancia, que con ellas se puede tener un diagnóstico rápido y preciso.

Estas técnicas no harán más que aumentar en el futuro, aún que su objetivo principal es desarrollar métodos de procesamiento de señal que permitan tratar señales obtenidas de equipos RMN, de modo que sea posible interpretarlas.

Obtener una calidad de señal en las imágenes cada vez mejor a un bajo precio, justificando la búsqueda de técnicas de procesamiento para mejorar esta calidad.

Con el propósito de alcanzar dicho objetivo, tenemos que conocer la naturaleza de las señales y sus beneficios.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 275

RESONANCIA DE PRÓSTATA

LAURA FERRERO PARGA

1 Introducción

La resonancia magnética multiparamétrica de la próstata es una prueba radiológica que nos proporciona información sobre la forma y señal de la próstata en sus diferentes partes, así como de los órganos vecinos que la rodean y sus relaciones. De esta manera sabemos cómo debe ser una próstata normal en las llamadas secuencias T1 y, sobre todo, T2.

Por tanto, cuando hay problemas de hiperplasia, de cáncer o de inflamaciones (prostatitis) se observan cambios en el tamaño, forma y en la señal de la próstata. Se denomina multiparamétrica porque, además de la forma y señal en T1 y T2, se evalúan otros aspectos funcionales como la difusión o la perfusión (cómo se distribuye el contraste que se inyecta) que se comportan de forma distinta en las enfermedades prostáticas ayudándonos a distinguirlas. De esta forma, el radiólogo no solo describe las imágenes normales y anormales, sino que también informa sobre la probabilidad de que estas se correspondan con un cáncer (clasificación PIRAD).

PI-RADS 1: muy bajo.

PI-RADS 2: bajo.

PI-RADS 3: intermedio (indeterminado).

PI-RADS 4: alto.

PI-RADS 5: muy alto.

Se pueden observar imágenes, donde se encuentren anomalías fuera de la próstata. Estos hallazgos se denominan incidentales porque no eran el motivo por el cual se ordenó el examen.

2 Objetivos

Dar a conocer la resonancia magnética multiparamétrica de la próstata como una prueba radiológica que nos proporciona información sobre la forma y señal de la próstata en sus diferentes partes, así como de los órganos vecinos que la rodean y sus relaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la obtención de las imágenes, son de gran importancia que sean de calidad, sin movimientos, ni distorsiones, para una correcta valoración del radiólogo. Los detalles acerca de los hallazgos sospechosos están enumeradas aquí, en lo que podemos incluir:

El tamaño y la ubicación de la anomalía encontrada (también denominada lesiones).

La probabilidad de que una anomalía sea un cáncer de próstata significativo utilizando el sistema PI-RADS (indicado en la introducción).

Si el cáncer se ha diseminado o no (proceso denominado estadificación).

Y hallazgos incidentales, por proximidad a otras zonas anatómicas que se observa en las imágenes al realizar la resonancia magnética de próstata.

Las imágenes de alta calidad dependen de la habilidad para permanecer completamente inmóvil y seguir las instrucciones para contener la respiración mientras se hacen las imágenes. Si se siente ansiedad, confusión o mucho dolor, será muy difícil permanecer inmóvil durante la exploración.

Las personas de talla muy grande no quepan en ciertos tipos de máquinas de RMN.

Existen ciertos límites con respecto al peso.

Implante y otros objetos metálicos pueden dificultar la obtención de imágenes claras.

El movimiento del paciente puede causar el mismo efecto.

A veces se puede encontrar sangre debido a una biopsia de la próstata. Para evitar confundir cualquier sangrado con cáncer, es mejor esperar entre seis a ocho semanas luego de la biopsia de próstata antes de realizar una RMN de la próstata. Esto permitirá que se resuelva cualquier remanente de sangrado.

La RMN generalmente aunque cuesta más que otras pruebas diagnósticas y podría llevar más tiempo que otros exámenes por imágenes, los beneficios que se alcanzan son mucho mayores.

Se debe de tomar los medicamentos de forma normal, a menos que su médico le indique lo contrario y dejar las joyas en casa, vistiéndose con ropa suelta y cómoda.

5 Discusión-Conclusión

El examen por RMN puede realizarse con antena de Body o antena endorrectal, un cable fino recubierto con un balón de látex. Se inserta la espiral por una distancia corta adentro del recto. El recto está ubicado inmediatamente detrás y arriba de la próstata. La colocación de la antena adentro del recto, tan cerca de la próstata, ayuda a generar imágenes más detalladas. También le permite a su radiólogo realizar una espectroscopia de resonancia magnética (RM). La espectroscopia de RM puede proporcionar información adicional sobre el aspecto químico de las células de la próstata. Además, la RMN de la próstata puede evaluar el movimiento de las moléculas de agua (difusión del agua) y el flujo sanguíneo (imágenes de perfusión) adentro de la próstata para ayudar a diferenciar entre tejido enfermo y normal de la próstata.

Se realiza de forma ambulatoria, por protocolo se indicará sin o con contraste y suele durar el estudio unos 45 min.

El radiólogo describe un diagnóstico basado en los hallazgos, la historia médica completa del paciente y el motivo del examen.

Siendo esta la parte más importante del informe.

Esta prueba tiene tanto beneficios como riesgos:

- Beneficios:

La RMN es una técnica de exploración no invasiva, no requiere de exposición a la radiación.

Las imágenes por RMN de los tejidos blandos del cuerpo son más claras y más detalladas que las obtenidas con otros métodos de toma de imágenes. Este detalle hace que la RMN sea una herramienta valiosa durante el diagnóstico temprano

y la evaluación de la extensión de los tumores, tales como el cáncer de próstata. Útil para el diagnóstico de condiciones benignas tales como una próstata agrandada e infecciones o malignas, como el cáncer.

Distingue entre los cánceres de próstata de bajo riesgo/crecimiento lento y los de alto riesgo/agresivos. Ayuda a determinar si el cáncer de ha desparramado más allá de la próstata.

Puede detectar anomalías que podrían quedar ocultas por los huesos cuando se utilizan otros métodos de exploración.

Al utilizar como contraste radiográfico el gadolinio, este tiene menos probabilidades de causar una reacción alérgica que los materiales a base de yodo, utilizados para los rayos X y las exploraciones por TC.

- Riesgos:

El examen de RMN prácticamente no presenta riesgos para el paciente típico si se siguen las pautas de seguridad adecuadas.

Si se ha usado sedación, existe el riesgo de utilizar demasiada. No obstante, se controlarán sus signos vitales para minimizar los riesgos.

El campo magnético no es perjudicial para la salud, pero puede hacer que los dispositivos médicos implantables funcionen mal o que distorsionen las imágenes. La fibrosis sistémica nefrótica es una complicación reconocida de la RMN relacionada con la inyección de contraste de gadolinio. Ocurre en pacientes con disfunción renal grave. Se evaluará la función de los riñones antes de considerar una inyección de contraste.

Existe un leve riesgo de que se produzcan reacciones alérgicas si en su examen se utiliza un material de contraste. Dichas reacciones por lo general son leves y de fácil control mediante la medicación.

No se conocen efectos en la salud, la evidencia ha mostrado que cantidades muy pequeñas de gadolinio pueden permanecer en el cuerpo, particularmente en el cerebro, luego de varios exámenes por RMN. Es más probable que esto ocurra en pacientes a los que se les hacen varias RMN durante su vida para monitorear enfermedades crónicas o de alto riesgo. El material de contraste se elimina del cuerpo principalmente a través de los riñones.

6 Bibliografía

1. Sedia seram.

Capítulo 276

IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGÍA EN LAS NEUMONIAS NOSOCOMIALES

MARIA DOLORES BELLON COBO

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de las e infecciones respiratorias que afectan a los pulmones.

Enfocándolas desde la perspectiva del radiólogo, teniendo en cuenta las técnicas de imagen en los diferentes contextos clínicos y la posible utilidad de los diferentes hallazgos de imagen en el manejo del paciente.

Definiendo la neumonía nosocomial como el proceso infeccioso que ocurre tras 48 horas de ingresar en un hospital sin las evidencias de estar siendo incubada previamente. Esta puede propagarse por medio de los trabajadores de la salud, que pueden pasar los microbios desde sus manos, la ropa o los instrumentos de un paciente a otro.

El diagnóstico de la neumonía nosocomial se basa en la nueva aparición de opacidades pulmonares en la radiografía simple de tórax junto a evidencias de que

dichas alteraciones son de origen infeccioso como la presencia de fiebre, esputo purulento, leucocitosis y disminución de la oxigenación.

Las técnicas de imagen que se emplean en la valoración de las neumonías son la radiología simple de tórax y la tomografía computarizada.

En la mayor parte de los pacientes la radiografía simple de tórax es la primera y única prueba de imagen que se realiza a un paciente con sospecha de infección pulmonar.

Por otro lado la TC tiene una mayor sensibilidad para el diagnóstico y permite una mejor caracterización de las lesiones. La TC está indicada para el diagnóstico en pacientes inmunodeprimidos con sospecha clínica en los que la radiografía no es diagnóstica y en el manejo de complicaciones.

2 Objetivos

Exponer el papel importante que tiene la radiología en las neumonías nosocomiales a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente femenino de 40 años de edad, ingresa al hospital por una intervención quirúrgica programada. Después de 2 días de la intervención el paciente comienza a presentar malestar acompañado de tos de evolución productiva con expectoración purulenta de color amarillento de mediana cantidad más fiebre de 38.6 °C.

Procedemos a realizar una radiografía de tórax la cual confirma el diagnóstico de neumonía. Los siguientes datos recopilados en el caso clínico descrito previamente nos orienta a la presencia de una Neumonía Intrahospitalaria.

El diagnóstico de la neumonía nosocomial se basa en la existencia de opacidades pulmonares de nueva aparición en la radiografía simple junto con alteraciones que son de origen infeccioso como la presencia de fiebre, esputo purulento, leucocitosis y disminución de la oxigenación. Debido a que el estado de salud del paciente se agrava se toma la decisión de realizarle a esta paciente una tomografía axial computarizada de alta resolución de las bases pulmonares. Con corte axial de 1 mm de colimación a la altura de las pirámides basales en que se aprecia una afectación difusa en vidrio deslustrado, dilataciones bronquiales y engrosamientos septales subpleurales parcheados.

En conclusión de este caso clínico podemos destacar la importancia que tienen los métodos de diagnóstico por imagen a la hora de poder diagnosticar y ayudar a

tratar la patología. Tanto la radiografía simple como la tomografía computarizada nos ayuda a encontrar las causas y a saber mas sobre las consecuencias secundarias que puede desarrollar un paciente al desarrollar este tipo de patologías. Debido a lo descrito anteriormente es importante no obviar ninguna de estas pruebas radiológicas ya que estas nos aportan bastante información en un caso clínico con las características que han sido descriptas anteriormente.

4 Discusión-Conclusión

Los métodos de imagen vinculados al diagnostico de las enfermedades nosocomiales son indispensables a la hora de poder diagnosticar, evaluar y llevar un seguimiento de las patologías que pueden ir surgiendo a lo largo del desarrollo de la enfermedad. La radiografía de tórax ha llegado a aceptarse como el instrumento que mejor reúne estos requisitos. La tomografía axial computarizada de alta resolución es la técnica de elección en toda sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa, ya que permite la detección de alteraciones en pacientes con radiografía de tórax normal. Es útil para evaluar la extensión y naturaleza de las lesiones y para guiar el sitio de la biopsia pulmonar.

5 Bibliografía

1. <https://alma-medical.com>.
2. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492002000100004.
3. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2003.v13n5/294-302/>.
4. <https://www.archbronconeumol.org/>.
5. <https://www.dspace.utb.edu.es>.

Capítulo 277

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN RESONANCIA MAGNÉTICA

LAURA FERRERO PARGA

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica desmielinizante del Sistema Nervioso Central (SNC); es la principal causa de discapacidad de origen no traumático alrededor del mundo en pacientes jóvenes.

La revisión de los criterios Mc Donald (MC) 2010 enfatiza la necesidad de simplificar el diagnóstico, anteriormente realizado bajo los criterios de Barkhof/Tintoré (BT).

Las técnicas de resonancia magnética nuclear (RMN) juegan un papel fundamental en el diagnóstico temprano de Esclerosis Múltiple (EM) de cara a retrasar la progresión de la enfermedad. En la búsqueda de métodos cada vez más eficaces, científicos de la MedUni de Viena utilizaron una nueva técnica de resonancia magnética, como parte de un proyecto de investigación, que podría allanar el camino para una evaluación más rápida de la EM.

La Esclerosis Múltiple se suele manifestar a través de lesiones que se dan principalmente en el cerebro. El diagnóstico temprano es fundamental para el pronóstico, y las técnicas de resonancia magnética de imagen detalladas juegan un papel importante. Aunque la resonancia magnética convencional puede detectar lesiones cerebrales, los científicos están investigando métodos para detectar los cambios en una etapa microscópica o bioquímica anterior. El método conocido como espectroscopia de resonancia magnética de protones se ha identificado como una herramienta prometedora para este propósito.

2 Objetivos

Describir el uso de RM para detectar la esclerosis múltiple.

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

Presenta múltiples fenotipos, los cuales se van modificando, dependiendo de la actividad y progresión de la enfermedad. La actividad se determina por una resonancia magnética nuclear (RMN) mientras que la progresión depende de la clínica del paciente.

Los resultados en salud en estudios clínicos de esclerosis múltiple se dividen en medidas de actividad inflamatoria aguda, medidas de progresión de la discapacidad y resultados en salud cedidos por los pacientes.

Los primeros son predominantes en los ensayos de forma recurrentes-remitentes de la enfermedad, los segundos adquieren preponderancia en los estudios de las formas progresivas de la EM.

Y por último, los cedidos por los pacientes, han venido cobrando cada vez mayor importancia en la última década gracias al impulso recibido para su inclusión como objetivos de los ensayos clínicos por las agencias reguladoras.

La RM es la técnica más sensible en la detección de lesiones desmielinizantes de la EM, ayuda a establecer los criterios diagnósticos de diseminación espacial, temporal y permite diferenciarlas de otras lesiones del SNC.

La incidencia de la EM en la infancia puede ser mayor de lo esperado hasta ahora. Es importante que ante dos o más episodios de tipo motor, sensitivo u ocular se practique una RM; esta técnica permite diagnosticar esta enfermedad en edad infantil con alta fiabilidad, valorar el grado de afectación neurológica inicial y permitir el seguimiento de la enfermedad y de los resultados obtenidos con la terapéutica aplicada.

Diferentes preparados se han aplicado en el tratamiento de esta enfermedad.

Las personas con esclerosis múltiple pueden controlar sus síntomas al complementar sus tratamientos actuales con ejercicios de estiramiento, ejercicios aeróbicos ligeros y cambios en la dieta.

Actualmente no existe cura para la esclerosis múltiple. Sin embargo, las personas que tienen la afección tendrán una expectativa de vida similar a la de las personas que no la tienen. La expectativa de vida para las personas con esclerosis múltiple ha aumentado. Esto puede deberse a un mejor tratamiento, herramientas de diagnóstico más precisas o cambios en el estilo de vida.

5 Discusión-Conclusión

La Resonancia Magnética (RM) es una herramienta de diagnóstico y seguimiento por imagen de vital importancia para la evaluación de los pacientes con esclerosis múltiple (EM).

En la actualidad, la RM es la técnica de diagnóstico por imagen no invasiva más potente para examinar el cerebro y la médula espinal (del SNC). La correcta interpretación de las imágenes obtenidas por RM permite establecer el diagnóstico de la EM o descartarlo. Este método permite también hacer seguimiento del curso y evolución de la enfermedad de forma periódica.

El diagnóstico puede resultar relativamente sencillo si se tiene la sospecha ante el cuadro clínico, se realiza una RMN cerebral y se valoran las imágenes para concluir con un diagnóstico.

6 Bibliografía

1. PubMed - Base de datos online de artículos en revistas científicas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
2. CORDIS, conjunto de bases de datos multidisciplinarios sobre investigación y desarrollo de la comunidad europea. Disponible en: <https://cordis.europa.eu>.
3. Wikipedia, enciclopedia de contenido libre. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Portada>.
4. Scielo España, biblioteca virtual de revistas científicas españolas. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/biblioDocum/biblioCentral/libros.htm>.

Capítulo 278

PLANES DE EMERGENCIA EN INSTALACIONES RADIATIVAS.

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

La obligatoriedad de la elaboración de un plan de emergencia está fijada en la Legislación Española en el Reglamento sobre Instalaciones nucleares y radiactivas, Real Decreto 35/2008, de 18 de enero, por el que se modifica el Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, aprobado por Real Decreto 1836/1999, de 3 de diciembre.

En el plan de emergencias de las instalaciones radiactivas se detallarán las medidas previstas por el titular y la asignación de responsabilidades para hacer frente a las condiciones de accidente con objeto de moderar sus consecuencias, proteger al personal de la instalación y notificar su ocurrencia de forma inmediata a los órganos competentes, incluyendo la evaluación inicial de las circunstancias y de las consecuencias de la situación. Además, establecerá las actuaciones previstas por el titular para prestar su ayuda en las intervenciones de protección en el

exterior de la instalación, de acuerdo con los planes de emergencia que establezcan los órganos competentes, cuando así lo determine el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN).

La importancia del operador de las instalaciones radiactivas reside en la correcta aplicación de las normas de protección radiológica, ya que el desempeño de su trabajo le hace estar en primera línea cuando ocurre un incidente o un accidente.

Los planes de emergencia en las instalaciones radioactivas de los centros hospitalarios tienen como objetivo:

- Reducir el riesgo o mitigar las consecuencias de los accidentes en su origen.
- Evitar o, al menos, reducir en lo posible los efectos adversos de las radiaciones ionizantes sobre la población y el medio ambiente (efectos deterministas y estocásticos).

2 Objetivos

Describir la importancia de implantar planes de emergencia en las instalaciones radioactivas de los centros hospitalarios.

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, Scielo, web oficial del CSN, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se denomina incidente a todo suceso no planificado en el cual es probable que se superen las dosis recibidas normalmente y como accidente a todo suceso no planificado en el que es probable que se superen los límites de dosis reglamentados.

De manera general todas las medidas de prevención planificadas excederán en beneficio de los trabajadores expuestos (TE) y de la instalación porque minimizarán las consecuencias de los incidentes y accidentes e impedirá que un suceso imprevisto se convierta en un incidente de consecuencias radiológicas.

Las medidas de prevención se basan en la buena práctica, conocimiento y adiestramiento del personal de la instalación y en un diseño adecuado de la misma.

La actuación de un operador de la instalación radiactiva será la de actuar de tal manera que se minimicen las consecuencias de un incidente radiológico.

La obligatoriedad de la elaboración de un plan de emergencia está fijada en la Legislación Española en el Reglamento sobre Instalaciones nucleares y radiactivas, Real Decreto 35/2008, de 18 de enero, por el que se modifica el Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, aprobado por Real Decreto 1836/1999, de 3 de diciembre.

Ante cualquier incidencia que afecte a las condiciones de seguridad radiológica de la instalación, el operador que la detecte estará obligado a ponerlo en conocimiento del supervisor que hará una primera valoración de la que se derivarán las actuaciones inmediatas a seguir. Se informará al Servicio de Protección Radiológica (SPR) y en función del grado de afectación de la seguridad radiológica con mayor o menor urgencia al Titular y al CSN. En todo caso se registrará en el Diario de operaciones y en la Memoria Anual que se ha de remitir al CSN.

En todos los casos de emergencia radiológica el servicio de protección radiológica con los datos recogidos y la colaboración del supervisor, determinará la importancia y alcance desde el punto de vista de la protección radiológica, siguiendo en todo momento al Instrucción técnica complementaria a la autorización de la instalación por el CSN, circular 12/01. Se elaborará un informe detallado del acontecimiento que comprenda la causa, si es conocida, desarrollo y consecuencias. La relación de posibles afectados con sus niveles de exposición y/o contaminación, las actuaciones desarrolladas y/o programadas sobre personas de la instalación y la proposición de todas aquellas medidas que se estimen oportunas para prever la causa y evitar la reincidencia. Finalmente se remitirá copia al Titular y al CSN.

5 Discusión-Conclusión

Todas las instalaciones radiactivas tienen unos requerimientos técnicos que deben cumplirse y ser autorizados por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN). El personal de una instalación radiactiva debe tener unos conocimientos para saber cómo actuar ante un accidente o incidente en la misma, siguiendo el protocolo establecido por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), con el objetivo de minimizar los riesgos radiológicos para los trabajadores expuestos y los miembros del público.

Como conclusión no hay que pensar que estos errores son inevitables, sino im-

plementar las medidas para prevenirlos y cumplir con el reglamento de funcionamiento de nuestra instalación porque los factores desencadenantes del error siempre pueden ser identificados y el conocimiento de los errores cometidos nos pueden ayudar a evitarlos.

6 Bibliografía

1. Ambiental, V. R. (s/f). Reactores de Potencia y Centrales Nucleares 2 Reactores de Investigación y Conjuntos Subcríticos 3 Instalaciones del Ciclo del Combustible. Sne.es. Recuperado el 12 de junio de 2022, de <https://piramidenormativa.sne.es/Repositorio/CSN/GSG-07.10%20Plan%20de%20Emergencia%20Interior%20en%20instalaciones%20radiactivas.pdf>.

Capítulo 279

SEÑALIZACIÓN DE ZONAS CON RIESGO DE RADIACIÓN IONIZANTE

JOSÉ LUIS ARNALDO REGUERO

1 Introducción

Todo espacio donde se manipulen o almacenen radionucleidos o disponga de generadores de radiaciones ionizantes debe de estar perfectamente delimitado y señalizado. La ionización corresponde al proceso por el que los átomos pierden o ganan electrones quedando electrónicamente cargados, desarrollando posteriormente procesos físicos y químicos en la materia. Las exposiciones a las que pueden verse sometidos los trabajadores son:

- Exposición externa producida por material radiactivo presente en el aire y que se deposita sobre la piel o ropa.
- Exposición interna, producida cuando un radionúclido es inhalado, ingerido o entra de algún modo en el torrente sanguíneo.

La actividad humana está basada en un equilibrio entre riesgo/ coste frente a beneficio/utilidad que conlleva la decisión de llevar a cabo la referida actividad, estableciendo los medios de protección necesarios para minimizar los riesgos implícitos de la misma.

Los objetivos de la protección radiológica son:

- Prevenir los efectos no estocásticos.

Limitar la probabilidad de efectos estocásticos.

Asegurar la justificada aplicación de las radiaciones ionizantes y sus beneficios. Cada Servicio de Protección Radiológica identificará y delimitará los lugares de trabajo en los que exista posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 1 milisievert por año oficial o dosis equivalentes superior a 1/10 de cualquiera de los

límites parciales para personal potencialmente expuesto, y establecerá las medidas de protección aplicables.

2 Objetivos

Conocer la señalización de las zonas con riesgo de radiación ionizante.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación mediante la revisión bibliográfica sobre literatura relacionada con el tema. Se a 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 del trabajo.

4 Resultados

Cuando exista solamente riesgo de irradiación externa y el riesgo de contaminación sea despreciable, el trébol vendrá rodeado por puntas radiales. Si el riesgo de radiación y de contaminación es despreciable el trébol ira sobre campo puntuado. Si existen ambos riesgos y rodeado el trébol de puntas radiales y sobre campo puntuado. Además en la parte superior una leyenda nos indicará el tipo de zona y en la parte inferior nos indicará el tipo de riesgo.

Los colores de los tréboles nos identificaran la clasificación de la zona y el tipo de radiación. Son los siguientes:

- Gris azulado: zona vigilada.
- Verde: zona controlada.
- Amarillo: zona de permanencia limitada.
- Naranja: zona de permanencia reglamentada.
- Rojo: zona de acceso prohibido.

Las señales se colocarán en zonas bien visibles a la entrada de las correspondientes áreas y en los lugares acceso restringido.

El acceso a las zonas controladas estará restringido a las personas debidamente autorizados, como es decir a trabajadores expuestos adscritos a ese lugar y con conocimiento de las normas a aplicar y el riesgos existente del mismo. El acceso a la zona controlada debe realizarse de modo que se cumplan estrictamente todas las instrucciones contenidas en los procedimientos de trabajo incluidos en

los programas de garantía de las distintas unidades asistenciales, con objeto de reducir la exposición de radiaciones ionizantes evitar la contaminación radiactiva prevenir y limitar la probabilidad y magnitud de los accidentes así como sus consecuencias.

El acceso a las zonas vigiladas, estará delimitado adecuadamente y señalizado de forma que quede claramente indicado el riesgo de exposición existente en las mismas. El acceso a las zonas vigiladas estará limitado a las personas debidamente autorizadas. En el interior de las zonas vigiladas se establecerán protocolos de trabajo debidamente adaptados al riesgo biológico existente.

5 Discusión-Conclusión

La dirección del centro es el responsable de que se cumpla lo establecido en la legislación aplicable y en la documentación oficial de la instalación, y de que esto se realice con la supervisión del Jefe de Servicio de Protección Radiológica, o en su defecto, del Coordinador Técnico o persona a la que se deleguen las funciones de protección radiológica.

La zona vigilada es aquella en la que se existe posibilidad de recibir dosis efectivas mayores a 6 milisievert año o dosis equivalentes mayores a 1/10 de límite del cristalino piel o extremidades.

La zona controlada es aquella en la que existe probabilidad de recibir dosis efectivas mayores a 6 milisievert año, o dosis equivalentes mayores a 3/10 de límite para cristalino, piel o extremidades. La zona controlada está subdividida en zona controlada como zona de permanencia limitada, zona de permanencia reglamentada, zona de acceso prohibido.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org>.

Capítulo 280

EL PAPEL DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA PARA LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. EL GRAN APOYO EMOCIONAL QUE ELLOS NECESITAN

NOELIA CAMPO DE LAMO

LAURA SALGADO MÉNDEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

Actualmente la persona más importante en el ámbito de la salud es el paciente, y toda la atención y equipo debe orientarse para proteger su salud o solucionar todos aquellos problemas relacionados con el cáncer.

El cáncer es una enfermedad que afecta a la salud de forma física, pero también puede ocasionar una amplia variedad de sentimientos que no están acostumbrados a afrontar algunas personas. Asimismo, puede hacer que los sentimientos puedan cambiar a diario, es decir, tener altibajos, grandes cambios de humor.

Cuando a una persona le comunican por primera vez que padece cualquier tipo de cáncer, tiende a ponerse en lo peor. Antiguamente la palabra cáncer estaba estrechamente relacionada con la palabra muerte. Y es justo esto lo que siempre se le suele venir a la cabeza, la palabra muerte y la típica pregunta ¿Por qué a mí? A menudo los valores con los que se crió afectan a su manera de pensar y de hacer frente al cáncer.

El técnico Especialista en Radioterapia, como miembro del equipo de atención sanitaria, debe conocer todas aquellas normas para mantener la integridad del paciente. Debe mantener una relación de cordialidad con los pacientes y sus familiares. Procurando no ceñirse al hecho de administrar el tratamiento correcto, sino hacer que el paciente se encuentre a gusto y seguro, para ofrecerle una atención de calidad.

2 Objetivos

Describir el papel del técnico en radioterapia en el apoyo al paciente oncológico.

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; Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El cáncer genera un importante sufrimiento psicológico que alcanza niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más del 30 % de los casos. Es un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos. Estos problemas requieren una adecuada detección por parte del médico y evaluación.

Para el enfermo de cáncer, es muy complicado asimilar una noticia de este tipo. De repente, pasan de ser personas sanas a personas enfermas, y eso supone un reto difícil de superar. No solo tienen que superar la noticia, sino empezar a pensar que su vida puede cambiar en muchos sentidos.

Es fundamental que estos pacientes lleven un control por parte del médico y del psicólogo-oncológico para que pueda sobrellevar la situación.

Las reacciones más frecuentes nada más enterarse de la noticia son el Shock, la confusión la negación. A veces, también pueden aparecer sensación de desamparo, ansiedad, depresión, rabia... Todas estas manifestaciones están dentro de las reacciones “normales” que surgen por el grado de estrés que genera esta enfermedad.

También, bajo la ignorancia, suelen producirse miedos a las secuelas físicas y vitales, que pueda generar el tumor.

Para ello, el apoyo y seguimiento psicológico en todo el proceso es vital, acompañándolo y dotándole de estrategias de afrontamiento para gestionarlo de la mejor manera posible.

El técnico de radioterapia también puede colaborar en el estado emocional en que se encuentren. El tratamiento de radioterapia externa de un paciente, por norma general, consiste en la administración de radiación de forma localizada en varias sesiones.

Uno de los aspectos fundamentales dentro de la comunicación es el saber escuchar, y esto implica centrarse en la persona que está hablando, mantener un buen contacto visual y saber responder a cualquier pregunta.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta, es tener empatía, tratar de ponerse en su lugar, de entender sus miedos, escucharle... No dar nada por supuesto sin preguntarle, y aportarle seguridad y confianza en todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Detrás de cada paciente oncológico, hay una vida, una situación económica diferente o una situación familiar anómala. Es necesario que todas las personas que rodean al paciente (familiares, amigos, personal sanitario) sean comprensibles, empáticos y que tengan paciencia, ya que lo que más necesitarán en esos momentos es el apoyo por parte de todo el equipo humano que le rodea.

El técnico de Radioterapia se puede ceñir a realizar su trabajo o puede, aparte de eso, ser un apoyo y/o confidente, ya que en ciertos casos hay poco entorno social y con la única persona que tiene más relación y confianza es con el especialista que lo trata.

6 Bibliografía

1. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2012 Atención psicológica al paciente con cáncer: De la evaluación al tratamiento: Primer premio del XIX “Rafael Burgaleta” Premios de Psicología Aplicada 2012 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113052741370001X>.
2. NIH Instituto Nacional del Cáncer. Como hacer frente al cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>.
3. Libro Técnicos especialistas de Radioterapia del Servicio Canario de Salud Temario Vol. I Editorial MAD. Primera edición, mayo 2010. Primera reimpresión, abril 2012 p.72.
4. Psicología en cáncer. 10 beneficios de la ayuda psicológica para pacientes de cáncer. <https://psicologiaencancer.com/es/ayuda-psicologica-pacientes-cancer/#::text=La%20ayuda%20psicol%C3%B3gica%20para%20pacientes%20de%20c%C3%A1ncer%20sirve%20para%20evaluar,conjuntamente%20con%20todos%20los%20implicados>.
5. MIPSALUD. Consecuencias emocionales del Cáncer: El afectado y su familia. Feb 4, 2020. Bienestar, consejos Médico, mi salud, Psicología. <https://www.mipsalud.com/el-cancer-consecuencias-emocionales-del-afectado-y-de-sus-familias/#::text=Entre%20las%20reacciones%20iniciales%20m%C3%A1s,estr%C3%A9s%20que%20genera%20esta%20enfermedad>.

Capítulo 281

LOS BLINDAJES DE UN BÚNKER DE RADIOTERAPIA. MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA CONTRA LOS DIFERENTES TIPOS DE RADIACIÓN GENERADA

NOELIA CAMPO DE LAMO

LAURA SALGADO MÉNDEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

La estructura de la materia se compone de moléculas, formadas por átomos. Los átomos se componen en su parte externa de electrones (con carga negativa (e^-)) y en su parte interna de protones (con carga positiva) y neutrones (sin carga). La radiación cuando penetra en la materia, y sobre todo en el caso de las partículas cargadas, arranca electrones de los átomos circundantes mediante un proceso que se conoce con el nombre de ionización.

En el tejido biológico con un alto contenido de agua, la ionización de las moléculas de agua puede dar lugar a los llamados radicales libres que presentan una gran

reactividad química, suficiente para alterar moléculas importantes que forman parte de los tejidos de los seres vivos. Entre esas alteraciones pueden incluirse los cambios químicos en el ADN, la molécula orgánica básica que forma parte de las células que forman nuestro cuerpo.

Estos cambios pueden conducir a la aparición de efectos biológicos, incluyendo el desarrollo anormal de las células. Estos cambios pueden conducir a la aparición de efectos biológicos, incluyendo el desarrollo anormal de las células.

Existen varios tipos de radiaciones ionizantes:

- Las radiaciones alfa.
- Las radiaciones beta.
- Las radiaciones gamma.
- Los neutrones liberados.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de radiaciones más frecuentes que se producen en radioterapia.
- Saber cómo protegerse contra cada tipo de radiación generada.

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; Google Google Academy y web oficial del CSN, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las radiaciones ionizantes, al atravesar tejidos biológicos, pueden producir un aumento de los radicales libres, y por tanto, el desarrollo de ciertas anomalías en el desarrollo celular.

Los tipos de radiaciones que existen en radioterapia son:

- Las radiaciones alfa:

Están formadas por dos neutrones y dos protones.

Recorren una distancia muy pequeña.

Tienen mucha masa pero son poco penetrantes.

Para protegernos de ellas solo es necesario una hoja de papel.

- Las radiaciones beta:

Son un flujo de electrones o positrones (partícula cuya carga eléctrica es igual a la que posee un electrón, pero positiva).

En el aire recorren un metro aproximadamente.

Tienen menos masa que las anteriores, pero son algo más penetrantes.

Para protegernos necesitaremos unos pocos centímetros de madera o una lámina de aluminio.

- Las radiaciones gamma:

Proceden de la desintegración de los núcleos inestables de algunos elementos radiactivos.

Son muy penetrantes.

Recorren cientos de metros.

Para frenar este tipo de radiación necesitaremos una lámina de plomo con un determinado grosor o una pared gruesa de cemento.

- Los neutrones liberados:

Son los más penetrantes.

Al no tener carga eléctrica, los neutrones penetran fácilmente.

Se pueden absorber con determinados elementos, como el cadmio o el boro.

Los principios de la protección radiológica:

La protección radiológica tiene por finalidad la protección de los individuos, de los riesgos derivados de los equipos que utilizan la exposición a radiaciones ionizantes, sin delimitar los beneficios que se obtienen del uso de la radiación. Además se debe suponer que incluso dosis pequeñas de radiación pueden producir algún efecto perjudicial.

Estas son las principales medidas generales que se utilizan en protección radiológica:

- Distancia: al aumentar la distancia entre la fuente emisora y el individuo, la exposición disminuye en la misma proporción en que aumenta el cuadrado de la distancia.

- Tiempo: disminuyendo el tiempo de exposición todo lo posible, se reducirán las dosis recibidas.

- Blindaje: a veces también es necesario interponer un espesor de material absorbente (blindaje) entre la fuente de radiación y el operador.

Dependiendo del tipo de radiación se necesitará diferente material y con un espesor adecuado.

En un acelerador lineal de electrones se producen los tres primeros tipos de radiación, por lo que los bunkers estarán contruidos con una pared de cemento plomada.

Las medidas necesarias para la exposición de los individuos se pueden tomar mediante la aplicación de acciones en cualquier punto del sistema que vincula las fuentes con los individuos. Se pueden aplicar sobre:

- La fuente emisora de radiación ionizante.
- En el ambiente (los caminos por los que las radiaciones de las fuentes pueden llegar a nosotros).
- Sobre los individuos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de tener en cuenta las tres medidas básicas de protección radiológica, para evitar o reducir cualquier tipo de radiación ionizante perjudicial para el organismo, aplicando la distancia, el tiempo y el blindaje.

También debemos tener en cuenta el tipo de acelerador que se pondrá dentro del bunker para el aislamiento del mismo, si en el búnker se pone un CyberKnife necesitará mayor aislamiento en todas las caras de la sala que un Halcyon, por ejemplo.

6 Bibliografía

1. CSN. Consejo de Seguridad Nacional. <https://www.csn.es/radiaciones-ionizantes>.
2. IAEA. Organismo Internacional de Energía Atómica. <https://www.iaea.org/es/newscenter/news/que-es-la-radiacion>.
3. <https://www.radiation-dosimetry.org/es/que-es-el-blindaje-de-la-radiacion-ionizante-definicion/>.

Capítulo 282

TRABAJO DEL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN FÍSICA MÉDICA. SUS FUNCIONES BÁSICAS DE CONTORNEO Y DOSIMETRÍA

NOELIA CAMPO DE LAMO

LAURA SALGADO MÉNDEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

El técnico Especialista de Radioterapia se trata de un profesional esencial para que un tratamiento resulte eficaz. Su trabajo consiste en velar porque se trabaje con la máxima exactitud posible en cada sesión radioterápica.

El técnico superior en Radioterapia y Dosimetría es una figura clave del equipo que interviene en el proceso de radioterapia.

Es también el profesional encargado de preparar y elaborar sistemas de fijación como colchones de vacío, máscaras termoplásticas o moldes personalizados.

En concreto, es la persona del equipo que tiene el contacto más directo y frecuente con el paciente. Está presente durante todo el proceso de radioterapia.

El técnico en radiofísica hospitalaria participa en el proceso de planificación del tratamiento.

El tratamiento de un paciente pasa por diferentes etapas, desde que se le cita para la realización del tac de planificación hasta su administración. Los pasos a seguir son:

- La realización del tac de simulación: lo primero es saber que inmovilizadores debemos utilizar dependiendo de la localización que vayamos a tratar.

Inmovilizamos al paciente: debemos tener en cuenta que el paciente deberá permanecer inmóvil durante la aplicación del tratamiento, de normal suelen durar unos 15-30 minutos.

El diagnostico por imagen: una vez que estés en la posición correcta, el equipo de radioterapia hará una tomografía computarizada de la zona del cuerpo que se quiere tratar.

- La planificación del tratamiento: es el conjunto de procesos realizados en física médica o radiofísica hospitalaria.

- La administración del tratamiento: una vez estén los pasos anteriores completados, se colocará al paciente de la misma manera que en la simulación, se le realizara una imagen de comprobación, para saber que la dosis se aplica en la zona que queremos tratar y se le administra el tratamiento durante una o varias sesiones.

2 Objetivos

Dar a conocer todo el trabajo que realiza el técnico especialistas de radioterapia en física médica, donde trabajará como técnico especialista en dosimetría.

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; Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El proceso de planificación: Después de la simulación, los detalles del procedimiento se envían a los dosimetristas en radioterapia y a los físicos médicos. Estos profesionales realizan cálculos altamente técnicos que se utilizarán para fijar la máquina de tratamiento (acelerador lineal). El dosimetrista y el físico trabajan estrechamente con su radioncólogo para desarrollar el plan de tratamiento.

- Importar el paciente: una vez enviado el Tac, el técnico lo primero que hace es importarlo, es decir, meterlo en el sistema donde se va a realizar el cálculo de dosis.
- Una vez importado, si el médico lo requiere, se fusionara con otros estudios que tenga el paciente, para poder contornear mejor el tumor (PTV).
- Contorneo de los órganos de riesgo (OAR's): los órganos de riesgo son los más cercanos al tumor, por lo que debemos pintarlos, con la mayor precisión posible, para saber su volumen y hacer un mejor tratamiento y un cálculo más exacto. Dependiendo la zona, se pintarán más o menos órganos, también dependeremos de la técnica que se emplee para la administración de dosis, si es una SBRT (es una técnica de radioterapia de alta precisión que permite administrar dosis muy altas de radiación) se contornearán muchos más órganos de lo normal debido a la alta dosis aplicada en cada sesión.
- Cálculo de dosis: una vez contorneados los órganos de riesgo por el técnico de radioterapia y el PTV (tumor o volumen a tratar) por el médico especialista, se realiza la dosimetría, siempre guiada por la prescripción del médico (las indicaciones del médico para la dosis que debe recibir el tumor y las dosis máximas que pueden recibir los órganos de riesgo, para que estos no sean dañados y hayan efectos secundarios).

La dosimetría: consiste en determinar los diferentes campos de irradiación, definidos por sus orientaciones y conformaciones de haz, de modo que se pueda conseguir una distribución de dosis homogénea sobre los volúmenes delimitados.

- Una vez calculadas todas las dosis recibidas, esta planificación pasa al físico para ser evaluada y aprobada por él y por el médico.

5 Discusión-Conclusión

Una terapia de radiación (también llamada radioterapia) es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.

Un tratamiento de radioterapia consta de varias etapas, todas ellas muy importantes, donde está implicado el técnico especialista de radioterapia, desde el primer paso, que es la realización de la tomografía computarizada (Tac), hasta el paso final que es su aplicación.

Unos de los pasos intermedios, es el cálculo de dosis del tratamiento, el cual es labor del técnico especialista en radioterapia, que una vez finalizado este trabajo siempre será supervisado por un facultativo, en este caso, el físico correspondiente. Este dará o no el visto bueno al trabajo realizado para curar o paliar el dolor del paciente.

6 Bibliografía

1. Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/multimedia/radiation-therapy/sls-20076358?s=1>.
2. NIH Instituto Internacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>.
3. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/planificacion-manejo/planifica-programa-tratamiento.html>.

Capítulo 283

TÉCNICO DE LABORATORIO: EL DESARROLLO DEL ANÁLISIS LEUCOCITARIO

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los leucocitos o glóbulos blancos son las células sanguíneas encargadas de determinar los agentes extraños presentes en el organismo y eliminarlos. Son fundamentales en la reacción inflamatoria y en la lucha contra la infección.

La cantidad que encontramos en la circulación sanguínea en un adulto es de unos 7000/mm³, y continuamente se están renovando. Hay dos grandes grupos de leucocitos dependiendo de si contienen gránulos en su citoplasma o no, granulocitos y agranulocitos:

- Granulocitos (polimorfonucleares): sus núcleos son multilobulados y presentan gránulos en su citoplasma, que según estos se clasifican en neutrófilos, eosinófilos y basófilos.

- Agranulocitos (mononucleares): no presentan gránulos en su citoplasma, se dividen en monocitos y linfocitos.

Cada tipo de leucocito tiene una función distinta, a pesar de que todos contribuyen a la defensa del organismo. Los neutrófilos y monocitos fagocitarán microorganismos, los linfocitos se encargan de la inmunidad específica del organismo, y los eosinófilos y basófilos aumentarán en el caso de las reacciones alérgicas.

Para estudiar las alteraciones tanto cuantitativas como cualitativas de una muestra de sangre periférica se utiliza el leucograma. De forma cuantitativa se analizará la cantidad total de leucocitos y la cantidad de cada uno de los tipos existentes en la muestra (recuento diferencial). Y de forma cualitativa se procederá al estudio de la morfología leucocitaria.

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de leucocitos que existen en nuestro organismo y que podemos observar a través de extensiones sanguíneas realizadas por el Técnico Especialista de Laboratorio.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo realizamos una revisión bibliográfica de los artículos científicos publicados recientemente en castellano. Utilizamos para ello las bases de datos Dialnet, Medline, Scielo, y Pubmed. Nuestras palabras clave son: recuento leucocitario, leucocitos, análisis, morfología, determinación y glóbulos blancos.

4 Resultados

Al realizar un recuento total de leucocitos debemos tener en cuenta que puede variar con la edad, raza y género, así hablaremos de leucocitosis y leucopenia:

- Leucocitosis: determina un aumento del número total de leucocitos teniendo en cuenta la edad, raza y estado fisiológico del paciente. Principalmente se debe al aumento de los neutrófilos, aunque también se puede dar el caso del aumento de los monocitos, linfocitos o eosinófilos, o deberse al aumento de células inmaduras (como en el caso de las leucemias).

- Leucopenia: determina la disminución del número total de leucocitos teniendo en cuenta la edad, raza y estado fisiológico del paciente. Se debe en este caso a la disminución de neutrófilos, aunque también pueden disminuir los linfocitos, o los dos.

Para el recuento diferencial dividimos entre los granulocitos y los agranulocitos.
Granulocitos:

Son los que presentan gránulos específicos, neutrófilos, eosinófilos y basófilos. Están cargados de lisosomas y enzimas hidrosolubles necesarias para la digestión por fagocitosis.

- Neutrófilos: representan el 60 % del total de leucocitos que circulan por nuestro organismo. Podemos observar dos tipos:

1. Abastoados: su núcleo condensado puede presentar una o dos constricciones. Su citoplasma tendrá gránulos específicos e inespecíficos.

2. Segmentados: su núcleo está más condensado aún y estará formado por varios lóbulos, unidos mediante puentes de cromatina. Su citoplasma tiene muchos gránulos.

Su presencia en mayor cantidad a lo esperado para la edad, género, origen étnico o estado fisiológico se denomina neutrofilia, y si su presencia es menor de lo que correspondería se denomina neutropenia.

Los neutrófilos pueden presentar ciertas alteraciones como son:

- Palillo de tambor: apéndice que determina el sexo del paciente, se da en las mujeres.

- Cuerpos de Dohle: son áreas del citoplasma teñidas en azul, se dan en infecciones, sobre todo en neumonías.

- Granulaciones tóxicas: gránulos basófilos más oscuros de lo habitual, se observan principalmente en infecciones severas y estadios tóxicos.

- Vacuolas tóxicas: están en el citoplasma en infecciones severas y estadios tóxicos.

- Desviación a la izquierda: indica un aumento de formas inmaduras de neutrófilos. Se da en intoxicaciones e infecciones.

- Desviación a la derecha: cuando se produce una hipersegmentación nuclear, con más de cinco lobulaciones. Se da en la leucemia mieloide, anemia perniciosa y alteraciones hepáticas, entre otras.

- Polisegmentación: cuando presentan cinco o más lobulaciones. Se da en anemias por déficit de vitamina B12 y ácido fólico y síndrome de Down.

Eosinófilos: representan en 2 % del total de leucocitos circulantes. Una vez producidos en la médula ósea quedan almacenados unas horas antes de emigrar a las zonas donde se les necesita, principalmente sistema respiratorio, digestivo

y la piel. Son células fagocíticas, fundamentales en el caso de infecciones por helmintos. Son mayores que los neutrófilos, su núcleo es bilobulado, y presentan granulaciones de color naranja o marrón en su citoplasma. Se observarán en mayor cantidad (eosinofilia) en casos de reacciones alérgicas, infecciones parasitarias, neoplasias o enfermedades cutáneas. Si se da una disminución de sus valores conforme a lo que correspondería se dará eosinopenia, como en el caso del síndrome de Down.

Basófilos: Constituyen el 0,5 % del total de leucocitos, presentan gránulos de color azul oscuro que ocupan toda la célula madura. El núcleo a veces no se observa por la cantidad de gránulos con histamina y heparina. Al contacto con el alérgeno secretan sus gránulos, liberando la histamina, lo que producirá la reacción de hipersensibilidad causante de la rinitis alérgica, o incluso asma, urticaria o anafilaxia. Se produce un aumento en los casos de leucemia por basófilos (basofilia), en cambio se dará basopenia (disminución de su cantidad) en la ovulación.

Agranulocitos:

No presentan gránulos en su citoplasma, hay dos tipos: linfocitos y monocitos.

Linfocitos: corresponden al 30 % del total de leucocitos. Son los encargados de la inmunidad adquirida o específica. Presentan diapédesis, capacidad de atravesar la pared capilar mediante movimientos ameboidales y pasar a los tejidos, y quimiotaxis, es decir, son atraídos hacia los lugares donde hay inflamación de los tejidos. Hay dos tipos: linfocitos T y linfocitos B, el 80 % de los linfocitos serán T.

- Linfocitos B: maduran en la médula ósea, tienen una vida muy corta, de unas pocas horas. Presentan inmunoglobulinas como receptores de superficie, y una vez activados por el antígeno se transforman en células plasmáticas, que producirán y secretarán los anticuerpos específicos.

- Linfocitos T: maduran en el timo, su vida media es de unos 200 días. Todos presentan en su superficie el marcador CD3. Hay dos subtipos:

Linfocitos T colaboradores o auxiliares, presentan además el marcador CD4.

Linfocitos T citotóxicos, que presentan además el marcador CD8.

- Monocitos: representan el 5,3 % del total de leucocitos circulantes y son los de mayor tamaño. Su núcleo tiene forma arriñonada, se originan en la médula ósea, permanecerán ahí unas 24 horas y después van al torrente sanguíneo, donde estarán 2 días antes de pasar a los tejidos, dando lugar a los macrófagos, que tienen capacidad fagocítica. Junto con los neutrófilos son los primeros que actúan frente a los microorganismos. Su presencia es elevada (monocitosis) en casos de tuberculosis, sarampión, rubéola y endocarditis bacteriana, entre otras. En cambio se dará monocitopenia en pacientes que reciben como tratamiento corticoesteroides

y que presentan infecciones agudas.

5 Discusión-Conclusión

En el análisis de una muestra de sangre el recuento leucocitario es muy importante para la determinación y diagnóstico de muchas enfermedades. Para realizarlo a lo largo de los años se ha producido un gran avance en el desarrollo de los autoanalizadores, con un coeficiente de variación, o inexactitud de entre el 1 y el 3%, mientras que el recuento manual conlleva una inexactitud de entre el 6,5 y el 15 %.

A pesar de estos datos, se sigue considerando el recuento y análisis manual a través de una extensión sanguínea como fundamental a la hora del diagnóstico hematológico de muchas enfermedades. Para ello se hace necesario hacer muy buenas extensiones de sangre periférica, cumplir estrictamente los protocolos establecidos para realizar el recuento, y que los Técnicos Especialistas de Laboratorio tengan la capacidad de identificar todas las células normales y principalmente las células anormales.

6 Bibliografía

1. Campuzano Maya G, La Clínica y el Laboratorio. Utilidad del extendido de sangre periférica: los leucocitos. Medicina & Laboratorio, Volumen 14, Números 9-10, 2008. Universidad de Antioquia.
2. Reiriz Palacios J. Sistema inmune y la sangre. Colegio Oficial de enfermeras y enfermeros Barcelona.
3. Muñoz Zambrano M, Morón Cortijo C. Manual de procedimientos de laboratorio en técnicas básicas de hematología. Instituto Nacional de Salud. Perú. 2005.
4. García Hernández A.M., Jarque Ramos I. Pregrado Hematología. 4ª edición. Cap. 10. Leucocitos. Patología de los granulocitos. Agranulocitosis. Sociedad Española de Hematología y Hematoterapia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. 2017.

Capítulo 284

EL TÉCNICO DE LABORATORIO ANTE EL ANÁLISIS DE PLAQUETAS

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

1 Introducción

De todos los componentes formes de la sangre las plaquetas fueron las últimas en descubrirse, probablemente William Hewson (1739-1774) fuera el primero en demostrar su existencia. Algunos atribuyen a Alfred Donne (1801-1878) como el primero en reportar su presencia en sangre, pero también a George Guliver (1804-1882). William Addison (1802-1881) describió a las plaquetas en un trabajo en el que las nombraba como “corpúsculos pálidos en la sangre”. En 1846 Gustav Zimmermann describe “billones de ciertos corpúsculos incoloros” que se agrupaban, llamándolos “cuerpos elementales”.

En 1865 Max Schultze publicó una descripción en un estudio sobre los glóbulos blancos y las definía a las plaquetas como esférulas mucho más pequeñas de los glóbulos rojos, que puntualmente podían aglutinarse y participar en acumulaciones de material fibroso.

En 1878 George Hayem informó que en la sangre había unos pequeños elementos, con tendencia a agregarse y cambiar de forma, y en 1883 las llamó “plaquettes”. En 1882 Giulio Bizzozero realizó un estudio de las plaquetas (de sangre de animales) al microscopio, y demostró mediante sus experimentos que eran el primer componente de la sangre que se adhiere in vivo a las paredes de los vasos sanguíneos lesionados, e in vitro en adherirse a filamentos que se cubrían de fibrina.

Las plaquetas son células anucleadas, con forma discoidal, de un tamaño entre 0,5 y 3 micrómetro, y se originan a partir de los megacariocitos. Su pequeña forma y tamaño permiten que sean empujadas a los bordes de los vasos sanguíneos, y así vigilar la integridad vascular. Su concentración circulante es de entre 150.000 y 450.000 células por mililitro, de las cuales el 70 % permanece en circulación durante unos 10 días, y el resto se almacenará en el bazo y en el hígado, donde también serán eliminados.

Las plaquetas tienen además la capacidad de cambiar de forma, pasando de discoidales a esféricas, creando pseudópodos, e interaccionando con otras plaquetas para adherirse al endotelio y a otras células y liberando su contenido granular en su interior.

2 Objetivos

Conocer cómo actúan las plaquetas en el mecanismo hemostático y la determinación de trastornos de su función a través del hemograma, realizado por el Técnico Especialista de Laboratorio.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo realizamos una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos, Scielo, Dialnet, Medline y Pubmed, de las cuales seleccionamos los artículos científicos en castellano de especial relevancia publicados recientemente. Las palabras clave que utilizamos son: análisis plaquetario, plaquetas, determinación y hemostasia.

4 Resultados

La hemostasia es el mecanismo de defensa del organismo que está ligado al proceso de reparación tisular, protegiendo la integridad del sistema vascular. Las

plaquetas participan en ella y en la trombosis, adhiriéndose al endotelio vascular que esté dañado, influyen también factores ambientales y la unión con otras plaquetas, haciendo que se generen procesos que originan en la superficie de la membrana plaquetaria una interfase reactiva entre las mismas plaquetas y el exterior.

La hemostasia es el inicio de la coagulación, y su misión es crear un tapón plaquetario que corrija el daño del endotelio vascular. Se da en tres fases: adhesión, activación, secreción y agregación plaquetaria.

- Adhesión plaquetaria: cuando se rompe la estructura endotelial las fibras de colágeno quedan expuestas, junto con el factor de von Willebrand y otras proteínas de la matriz, lo que hará que en las plaquetas al interaccionar con estas sustancias se produzca la adhesión plaquetaria.

- Activación plaquetaria: para que ocurra debe producirse la interacción entre el medio externo y el interno, y esto se da por la acción de sus receptores de membrana: adenosin difosfato, epinefrina, serotonina, tromboxano A₂, vasopresina, factor activador de plaquetas, trombina, colágeno y receptor para la adhesión plaquetaria.

- Agregación plaquetaria: se producirá por la unión de proteínas de membrana al fibrinógeno y también al factor de von Willebrand y la fibronectina. La unión plaqueta-fibrinógeno-plaqueta activará el proceso de agregación del coágulo plaquetario. Este coágulo se estabilizará mediante una red de fibrina, que se formará mediante factores de coagulación, activados simultáneamente con las plaquetas. En el análisis de sangre mediante un hemograma, junto con el estudio del frotis de sangre periférica es la mejor forma de comenzar una evaluación de la alteración de la función plaquetaria. Realizando un recuento plaquetario y su morfología se ayudará a la determinación de algunos trastornos plaquetarios heredados o adquiridos.

La presencia de plaquetas más grandes de lo normal puede indicar procesos inmunomediados, síndrome de Bernard-Soulier o anomalía de May-Heggelin. En el caso de ser más pequeñas y en poca cantidad podrían determinar el síndrome de Wiskott-Aldrich. Si las plaquetas presentan un color grisáceo o descolorido, se hablaría del síndrome de plaquetas grises. Existen además otros defectos de la función plaquetaria donde la morfología y cantidad de plaquetas es normal, como en el caso de la trombastenia de Glanzmann, por lo que se debe realizar además un estudio de la función plaquetaria.

5 Discusión-Conclusión

Las plaquetas son un componente fundamental para la hemostasia primaria. La alteración de su función puede provocar trastornos hemorrágicos de tipo leve o grave. Puede cursar asintomática, pero los pacientes diagnosticados presentarán hematomas frecuentes, y hemorragias excesivas después de lesiones o procesos quirúrgicos. Para su tratamiento se utilizan principalmente las transfusiones plaquetarias, junto a terapias con antifibrinógenos o desmopresina.

Los análisis del hemograma en el laboratorio clínico por el Técnico Especialista de Laboratorio forman parte importante de este proceso para determinar un trastorno de la hemostasia plaquetaria, pero se hace necesaria más investigación al respecto del funcionamiento de los trastornos de la actividad plaquetaria, ya que los tratamientos que se aplican actualmente son aún rudimentarios.

6 Bibliografía

1. López Farré A, Macaya C. Plaqueta: fisiología de la activación y la inhibición. Antiagregación plaquetaria. Unidad de Investigación Cardiovascular, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. 2013.
2. Sharathkumar A, Shapiro A. Trastornos de la función plaquetaria. 2º Ed. Indiana Hemophilia and Thrombosis Center. Indianápolis. Estados Unidos. 2008.
3. Talavera Y, Martín Hernández I, Viñas Portilla C. Activación plaquetaria: aspectos básicos, participación en la enfermedad cerebrovascular y proyecciones terapéuticas. Instituto de Neurología y Neurocirugía Ciudad Habana, Cuba.
4. Gómez-Gómez B, Rodríguez-Weber F, Díaz-Greene E. Fisiología plaquetaria, agregometría plaquetaria y su utilidad clínica. Artículo de revisión. Med Int Méx. 2018 marzo;34(2): 244-263.
5. Izaguirre Ávila R. El descubrimiento de las plaquetas. Vol. 8 Núm.3. Julio Septiembre 199.

Capítulo 285

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA SEGURIDAD MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

MARÍA VIRGINIA TORRES NUÑEZ

GEMA MARIA PRADO MORA

GRACIA MELLADO MOLINA

ELISA ISABEL ROMO FERNÁNDEZ

MARÍA ESPERANZA ROMO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El trabajo desarrollado por el Técnico Especialista en Laboratorio (TEL) en un laboratorio de microbiología está orientado en su mayor medida al diagnóstico microbiológico de enfermedades infecciosas; para ello tienen que realizar la identificación, el aislamiento y también determinar la sensibilidad a los antimicrobianos de los microorganismos causales de dichas enfermedades. Estudiar los agentes infecciosos que pueden ser patógenos en el hombre, animales u otras formas de vida son riesgos que varían según el agente infeccioso y los procedimientos que son utilizados.

Las normas de seguridad biológica intentan minimizar a niveles aceptables el riesgo que conlleva la manipulación de materiales peligrosos; siendo dichas normas muy estrictas en los agentes más peligrosos y menos para los causantes de

problemas de gravedad menor. En nuestro país, la protección de los trabajadores ante riesgos que están relacionados con la exposición a los agentes biológicos la regula el Real Decreto (RD) 664/97 y la adaptación contenida en la Orden de 25 de marzo de 1998.

El laboratorio de Microbiología está sometido a normativas relacionadas con la seguridad, como son los planes de emergencias, "que son un conjunto de medidas encaminadas a hacer frente a situaciones de riesgo dentro de un laboratorio, minimizando lo máximo posible los efectos en las personas y bienes, y garantizando la evacuación segura en caso de ser necesaria".

No nos debemos de olvidar que el Técnico Especialista en el Laboratorio de Microbiología está también expuesto a riesgos no biológicos como son los químicos y físicos comunes a otros laboratorios. La experiencia y estadísticas confirman que los accidentes más frecuentes entre el personal Técnico Especialista de Laboratorio son de este tipo por lo que es fundamental que las personas que trabajan en el laboratorio sean conscientes de los peligros reales, tanto en la teórica como en la práctica.

Es imposible eliminar del todo el riesgo en el laboratorio, debido entre otras cosas, a que no todos los riesgos son previsibles. Por lo que se debe de tener en cuenta un compromiso dirigido a conseguir que el personal que trabaje en el laboratorio de Microbiología Clínica estén expuestos al menor riesgo posible.

Los exámenes de salud (prevención y vigilancia), concienciar de forma individual a los TEL de la importancia de su autoprotección, adoptar medidas de contención apropiadas, emplear técnicas microbiológicas delicadas e identificar los peligros y la evaluación de los riesgos permiten hacer que el laboratorio sea un lugar seguro, según demuestran las estadísticas de infecciones o accidentes surgidos en un laboratorio, en este caso de microbiología.

2 Objetivos

Analizar y conocer los posibles riesgos dentro del Laboratorio de Microbiología por parte del técnico de laboratorio.

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 en páginas de revistas como Medline

Plus. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Identificar los peligros relacionados con el trabajo dentro de un laboratorio de Microbiología y de la gravedad que tienen para la salud es lo más importante para la correcta gestión de la seguridad. Para ello es indispensable saber diferenciar entre “riesgo” y “peligro”. Peligro es todo aquello que puede afectar a la salud del individuo o la comunidad y riesgo es la probabilidad de que esto ocurra, siendo por ello cuantificable (procedimiento que se conoce como evaluación del riesgo). Los principales riesgos que afectan en un Laboratorio de Microbiología son:

- Riesgos físicos: son factores de naturaleza física que cuando actúan sobre el trabajador pueden provocar efectos negativos sobre su salud, dependen de la intensidad, de la concentración y del tiempo de exposición al mismo. Los más comunes dentro de un Laboratorio de Microbiología son la iluminación, temperaturas extremas, el ruido, radiaciones no ionizantes, en otras.
- Riesgos químicos: manipular cualquier producto químico conlleva siempre asociados una serie de peligros para la salud o el medio ambiente. Se habla de riesgo tóxico cuando la sustancia química utilizada es peligrosa para la salud del humano. Dentro del Laboratorio de Microbiología las prácticas más habituales que conllevan este tipo de riesgos son, el trasvase de vertido libre, la limpieza de material de vidrio, el transporte y almacenamiento de sustancias entre otros. Todos los productos químicos utilizados en el laboratorio deberían de contar, obligatoriamente, con una ficha de datos de seguridad. La identificación de los riesgos químicos es el punto de partida de la buena gestión de la seguridad y la salud en el laboratorio de Microbiología.
- Riesgos biológicos: los agentes biológicos son un factor de riesgo laboral por su capacidad de desencadenar enfermedades. Para reducir o eliminar el riesgo biológico está la bioseguridad que es un proceso que incluye los principios, técnicas y prácticas de contención a fin de evitar la exposición involuntaria a materias biológicas o su liberación accidental. La concienciación, la formación, un trabajo depurado y el uso de barreras de protección han reducido en gran medida el número de infecciones en el laboratorio de Microbiología y sus consecuencias, también hay que decir que el espectro de agentes causales ha cambiado en el tiempo.
- Riesgo psicosocial y riesgos relacionados con la ergonomía: este tipo de riesgos requieren analizar todos los factores cognitivos, físicos, organizacionales y ambi-

entales que puedan interceder en la seguridad, eficacia y bienestar del trabajador en su puesto de trabajo.

Aunque en la reducción de los riesgos en el Laboratorio de Microbiología para los TEL es de suma importancia la motivación individual del personal, las infraestructuras y la metodología la clave de la eficacia de los programas de seguridad es la formación que debe de ser facilitada a todas las personas que trabajan dentro del laboratorio. También tienen que existir normas escritas sobre salud y seguridad en el puesto de trabajo, en las que se incluyan programas de monitorización e inspección y normas de adiestramiento para desarrollar el trabajo de una forma segura, elaborando para ello un Manual de Seguridad y del Plan de Formación en Seguridad, estando los dos relacionados mutuamente.

El Grupo de Gestión en Microbiología de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) ha elaborado un Manual genérico de Seguridad con el objetivo de servir de punto de partida para que cada laboratorio elabore el suyo propio (disponible en la web SEIMC).

5 Discusión-Conclusión

Una buena información y formación al personal Técnico Especialista en el Laboratorio (TEL) mediante un Manual de Seguridad, un Plan de Formación en Seguridad, planes de actuación en caso de emergencia llegando incluso a organizar simulacros entre muchas otras actuaciones de formación ayudarían a minimizar drásticamente los riesgos a los que están expuestos los profesionales sanitarios dentro de un laboratorio de microbiología, por lo tanto es de suma importancia, un buen procedimiento de trabajo y la concienciación del operador para la seguridad, esto no se puede suplir con material especializado.

El uso de equipos es cada vez más frecuente en la actividad que desarrolla dentro de un laboratorio y, en como consecuencia, su impacto sobre la seguridad es mayor.

6 Bibliografía

1. Baker, R.G., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC, 170, 1678-86.
2. Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients.

Capítulo 286

DOS PROYECCIONES PRINCIPALES EN MAMOGRAFÍA

AROHA RUIZ CASTILLO

1 Introducción

Una mamografía es una imagen de rayos X del seno. Los médicos utilizan las mamografías para buscar signos tempranos de cáncer de mama. Una mamografía es la mejor prueba de un médico para detectar el cáncer de mama temprano, a veces hasta tres años antes de que comience. Para la mayoría de las mujeres, una mamografía es un procedimiento incómodo. Algunas mujeres encuentran esto doloroso. Sin embargo, una mamografía toma solo unos minutos y las molestias desaparecen rápidamente. Cómo te sientes depende de la habilidad del técnico, el tamaño y la presión de tus senos. Sus senos pueden estar más sensibles si tiene su período o está a punto de tener su período. Un médico especialmente capacitado, llamado radiólogo, interpretará la mamografía. Este especialista revisará las radiografías para detectar signos de cáncer de mama temprano u otros problemas. El principal riesgo de las mamografías es que no son perfectas. El tejido mamario normal puede ocultar un cáncer de mama y hacer que este no se observe en la mamografía. Esto se denomina falso negativo. Por otra parte, la mamografía puede identificar una anomalía que parece un cáncer pero resulta ser normal. No es recomendable hacer mamografías antes de los 35 años a no ser que tenga antecedentes muy cercanos.

2 Objetivos

- Dar a conocer cuales son las posiciones que debe adoptar la mujer o el hombre para hacerse una mamografía de forma correcta.
- Mostrar que es una mamografía.

3 Metodología

El estudio se ha realizado a través de una revisión de la literatura más actual enfocada a las Dos proyecciones principales en mamografía.

La búsqueda de la literatura consistió en el uso de bases de datos científicas, en las que se utilizaron filtros para acotar los artículos y la obtención de una selección más precisa.

Tras la búsqueda, se seleccionaron los artículos teniendo en cuenta el título y su resumen, eliminando aquellos que no se relacionaban con el tema a tratar o cumplían algún criterio de exclusión.

4 Resultados

Una tomografía de tórax es una proyección del cráneo con una bisectriz inclinada de 45° como dos proyecciones radiales de la mama. La vista del vértice captura la mayor parte del seno excepto la parte externa medial y caudal del seno. Para ello, se debe considerar lo siguiente:

Proyección craneocaudal:

1. En el equipo, el marco de apoyo debe estar horizontal y elevado a la altura de la esquina del dispensador.
2. El paciente está frente a la máquina de mamografía, al lado de la máquina, los pies en la dirección del mástil de mamografía, los brazos colgando hacia los lados. El pezón está alineado con el área central del marco de soporte.
3. Usando la mano derecha, levante el seno izquierdo y gire la cabeza del paciente hacia la derecha. cuatro Sostenga el hombro izquierdo con una mano para que el paciente no se doble, el pulgar de la otra mano en el medio del seno y los dos primeros dedos de la derecha sobre él tire un poco hacia adelante para escupir un poco. cofre. pezón.
5. Usando el pedal del compresor de aire, presione el dispositivo moviendo suavemente los dedos en la parte superior del seno hacia el pezón mientras siente el plástico saliendo del compresor.

Proyección oblicua mediolateral:

1. El tubo mamográfico debe girarse en un ángulo de 45 grados, permitiendo que el borde superior del arco entre en la muesca axilar debajo de la clavícula y el esternón, cuando el brazo de la paciente cuelga del costado.
2. El paciente se para frente al tubo, con el pie hacia el dispositivo y el costado de la caja torácica alineado con el marco de soporte.
3. El paciente levanta la barbilla y coloca la mano izquierda sobre la cabeza. Con la mano derecha se sostiene el tórax del paciente izquierdo, manteniendo la posición del hombro con la otra mano.
4. Los senos de la paciente se unen hasta que todo el seno descansa sobre el aparato ortopédico.
5. La mano de la paciente se levanta sobre la cabeza y se gira ligeramente hacia atrás, con la mano apoyada en un área del dispositivo, lo que permite una ligera caída de presión en las costillas para sacar el seno.
6. La posición se verifica mediante radiografía para determinar que todo el seno está dentro del campo de luz y que los músculos del tórax pasan a través del marco branquial. El pezón está dentro de la circunferencia y no se superpone con el resto del tejido mamario. No se observaron pliegues cutáneos.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, es muy importante que todas las mujeres principalmente a partir de los 35 años se realicen estudios mamográficos para descartar. Por otro lado, es muy importante que el técnico encargado se encargue de dar correctamente las indicaciones al paciente y de realizar bien las proyecciones para que no quede ninguna parte del seno fuera del chasis y no nos dejemos ningún tejido que pueda contener algo sospechoso. Debemos tener en cuenta que cuando el paciente se realiza la monografía queda tranquilo confiando en que se la hemos realizado correctamente y hasta dentro de 1 o dos años no se va a realizar otra.

6 Bibliografía

1. CDCespanol. ¿Qué es una mamografía? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/mammograms.htm.
2. Alcaraz M. Tema 9 proyecciones básicas en mamografía [Internet]. Webs.um.es. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://webs.um.es/mab/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=mama2.pdf>.

Capítulo 287

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS A NIVEL HOSPITALARIO

MARÍA DEL ROCÍO HEVIA FERNANDEZ

1 Introducción

El técnico de rayos es un profesional esencial en el sector sanitario, que puede trabajar en diversos puestos de trabajo: en hospitales, clínicas, centros sanitarios o de atención primaria. Tiene diversas funciones que serán fundamentales en el tratamiento y diagnóstico de distintas patologías. Son uno de los perfiles más buscados en el área sanitaria y los salarios se han incrementado en los últimos tiempos, rondando entre los 15.000 y 21.000 € brutos anuales, si bien esta cuantía depende de variables tales como la antigüedad y la experiencia, también del sector de trabajo (si es público o privado), así como de la Comunidad Autónoma donde se trabaja. Además, de manera añadida, este profesional puede acceder a otras posiciones laborales, como es la gestión de departamentos de radiología o incluso convertirse en profesionales de consulta. Se precisa de un ciclo de Formación Profesional para acceder a este puesto laboral, siendo el Grado Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, el grado que habilita para desarrollar estas labores. Los profesionales técnicos de rayos, a nivel hospitalario, trabajan en el departamento de imagen y se ocupan, principalmente, de obtener imágenes de las distintas pruebas radiológicas. Van colaborar, de una manera muy estrecha, con los médicos radiólogos.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar el papel que desempeña el profesional técnico de rayos en un hospital.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science y PubMed, con restricción de fecha 2000-2022 y combinando distintos descriptores. A través de estos tópicos, se encontraron 19 documentos, de los que se eliminaron 9 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 10 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 3 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

Se encuentra que los técnicos de rayos son los encargados de apoyar los diagnósticos concretos a través de las imágenes obtenidas. Estos profesionales deben estar altamente cualificados ya que trabajan con tecnologías complejas y peligrosas. Las técnicas y tareas de los técnicos de rayos son, por ejemplo:

- Realizar radiografías: utilizarán técnicas de rayos X para analizar la anatomía del cuerpo en una escala de grises. Esto se lleva a cabo exponiendo el cuerpo del paciente, o una parte, a una dosis de rayos X perfectamente controlada. El técnico de rayos no solo va a manejar los equipos, sino que también garantizará el confort y el bienestar del paciente durante el proceso, le explicará el procedimiento que se le va a realizar y le ofrecerá la atención sanitaria que precise.
- También desarrollará tomografías computarizadas y resonancias magnéticas. En el primer lugar, la tomografía computarizada utiliza también rayos X para la obtención de imágenes de los órganos internos, huesos y vasos sanguíneos, mientras que la resonancia magnética va a utilizar un campo magnético y ondas de radio para producir dichas imágenes.

Por otro lado, el técnico de rayos también se va a encargar de un adecuado mantenimiento de las salas y de los materiales, es decir, no solo va a manejar los equipos y realizar un trato directo con el paciente, sino que será su labor comprobar el correcto funcionamiento de los equipos, asegurarse de que los materiales

y las salas están en buenas condiciones, esterilizadas e higiénicas.

Para acabar, controla la cantidad de radiación emitida por los equipos, es decir, va a garantizar que el paciente se expone a una cantidad mínima de radiación, la justa para producir la imagen que se precisa para el diagnóstico. Además, se deben proteger a sí mismos y al resto del equipo médico, ya que estos profesionales van a trabajar de forma diaria con aparatos que emiten radiación y que pueden tener consecuencias peligrosas para la salud.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el técnico de rayos es un profesional esencial en el diagnóstico y detección de determinadas patologías y enfermedades. Aunque su labor se ha vinculado de una manera clásica con el diagnóstico de fracturas, su papel es fundamental en el diagnóstico de otras problemáticas como, por ejemplo, el cáncer y la detección de tumores. Por otro lado, el adecuado uso de los distintos equipos y técnicas, como son las radiografías, los TC, las resonancias magnéticas, será labor de estos profesionales, garantizando no solo el bienestar del paciente, sino también del propio profesional y del equipo que lo acompaña.

6 Bibliografía

1. Tucci, A. (2012). Radiodiagnóstico y Radioterapia. Lulu. com.
2. Nocetti, D., Alarcón, R., Inzulza, A., Calcagno, S., Castro, M., Vargas, J., ... & Torres, B. (2015). Magnitudes y unidades para dosimetría a pacientes en radiodiagnóstico e intervencionismo. *Revista chilena de radiología*, 21(3), 94-99.
3. Gallar, P., & Lafuente, F. J. (2005). Radiodiagnóstico. *Medicina Clínica*, 124, 44-45.
4. Pesante, R. N. F. (2016). Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV-Scientia*, 8(2), 124-131.
5. De Méritos, B. A. R. E. M. O. Técnicos especialistas en radiodiagnóstico.

Capítulo 288

REPARTO DE MUESTRAS ENTRE LABORATORIOS

LAURA RODRÍGUEZ JULIÁN

1 Introducción

En los laboratorios hay distintas secciones, bioquímica, hematología, etc. y una misma muestra puede pasar de una sección a otra, por ello hay que tener en cuenta qué deben hacer con ella en cada sitio para que, cuando pase al siguiente, la muestra este en perfecto estado.

Una muestra es utilizada para varios estudios y por ello debemos seguir un orden, por ejemplo en la orina debemos hacer primero la tira reactiva y después el sedimento. Si esto fuese mal, la muestra no valdría y habría que pedir otra o habría pruebas sin resultado.

Antes de que llegaran las nuevas tecnologías esto lo tenían que controlar los técnicos de laboratorio y era fácil confundirse, ahora gracias a los avances, muchos laboratorios tienen una máquina que "reparte" en gradillas a que sección del laboratorio debe de ir primero, al acabar la prueba se introduce en el ordenador y se devuelve al aparato donde vuelve a escanear la muestra y devolverla a la sección que le corresponde, ya sea realizar otra prueba o guardarla con un número para que sea fácil identificarla si se necesita algo más de esta. Este aparato ha facilitado las cosas en los laboratorios y hace que todo vaya mucho más rápido y con una mayor seguridad.

2 Objetivos

- Entender la importancia de seguir un orden con cada muestra biológica puesto que esta pasará por distintos departamentos.
- Conocer la facilidad que tenemos gracias a las máquinas de que ninguna muestra se pierda.

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 conformación de un nuevo escenario, basado principalmente en el cambio y en el uso de recursos intangibles como la información, la investigación, los conocimientos y el aprendizaje configuran una nueva forma para la gestión de los Servicios de Salud.

Por otra parte la “revolución tecnológica” está teniendo una significativa influencia en la forma en que los laboratorios clínicos son organizados, dotados de RRHH, equipados y operados, dado que la prestación del servicio está definida por la disponibilidad de insumos y herramientas de la tecnología, con un gran componente de tecnologías informáticas.

En los últimos años el método clínico ha sufrido un gradual proceso de deterioro, atribuible por una parte a las estructuras médicas y administrativas y por otra a los efectos que la revolución científicotécnica ha tenido sobre los comportamientos de los profesionales de la salud.

El diagnóstico clínico ha ido cediendo cada vez más espacio a los análisis complementarios, desplazando el equilibrio entre éstos y la clínica, especialmente hacia el campo de los análisis clínicos, creando la falsa impresión de la supremacía de la tecnología para resolver los problemas diagnósticos.

Por otra parte, el aumento de la demanda de los estudios de laboratorio es el resultado de la confiabilidad de los mismos, y el bioquímico ha evolucionado desde el analista en búsqueda de un resultado exacto hacia una concepción más amplia basada en el uso del conocimiento e interpretación de la información.

En el desarrollo del diagnóstico médico, la clínica debe preceder a los estudios complementarios de apoyo, con los cuales está estrechamente relacionada y es un proceso que no puede desarrollarse de manera inversa.

La cuestión no es crear una oposición entre ambos elementos sino de comprender que la mayor indicación de análisis a un paciente no es sinónimo de mayor calidad de la asistencia de salud.

5 Discusión-Conclusión

Las nuevas tecnologías nos ayudan en el trabajo y aunque podríamos hacerlo sin ellas nos facilitan todo. Es fácil equivocarse en algunas muestras si no sabes el protocolo que realizarán en otro departamento y por ello esta maquina es tan importante, sin ella tendría que haber muchos técnicos dedicándose exclusivamente a controlar las muestras para que no faltara ninguna prueba por hacer pues es algo que nos podría traer problemas. A demás los sistemas informáticos también nos dan la información de donde es guardada la muestra por siuviésemos que recuperarla para repetir algún tipo de prueba o simplemente cotejar que la prueba ha salido correcta.

6 Bibliografía

1.<https://www.google.com/amp/s/amp.redaccionmedica.com/secciones/tecnologia/-la-tecnologia-permite-adaptar-los-laboratorios-a-la-realidad-asistencial--4204>.

Capítulo 289

COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA CON RADIOTERAPIA: LA IMPORTANCIA DEL LINFEDEMA COMO SECUELA

SILVIA MARTIN HERRERO

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

1 Introducción

La incidencia del cáncer de mama ha aumentado gradualmente en los últimos años, siendo más frecuente en los países más desarrollados. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina mundial. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65 años.

La radioterapia es un pilar básico en el manejo de numerosas neoplasias, entre ellas el cáncer de mama. Este tratamiento puede usarse de forma aislada o en

combinación con otros como la quimioterapia o la cirugía. El tratamiento mediante radioterapia de este tipo de tumores está limitado por la lesión de los tejidos sanos circundantes al tumor, lo que produce que este tratamiento se siga asociando a numerosos efectos secundarios pese a los avances tecnológicos.

El linfedema, una de las secuelas del tratamiento del cáncer de mama, es el acúmulo de un líquido rico en proteínas llamado linfa en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático, en el que el volumen de linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma.

El linfedema de miembro superior es una complicación común del tratamiento del cáncer de mama que afecta aproximadamente al 20 a 25% de las pacientes.

2 Objetivos

Conocer la relación del linfedema con el tratamiento de radioterapia de cáncer de mama y la importancia de esta enfermedad en los pacientes que lo sufren.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una búsqueda sistemática sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en las principales bases de datos; Google Academy, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionados por palabras clave como “linfedema”, “radioterapia”, “cáncer mama” y otras, y su posterior cribado y análisis.

4 Resultados

Entre los factores de riesgo asociados a la aparición del linfedema destacan la mayor extensión de la cirugía axilar, un mayor número de ganglios afectados, hematoma axilar, seroma o infección postoperatorios, y el tratamiento con radioterapia sobre la axila.

Varios estudios que han evaluado la relación entre linfedema y la magnitud de disección quirúrgica han observado que la radioterapia adicional en la axila disecada aumenta considerablemente la incidencia de linfedema.

La radioterapia puede dañar los vasos y ganglios linfáticos sanos, causando la formación de tejidos cicatriciales que pueden interrumpir el flujo normal del líquido linfático.

El edema mamario aparece generalmente en las primeras semanas después de la finalización de la radioterapia. En algunos casos, este edema inducido por la radiación progresa hasta convertirse en un cambio fibrótico permanente con atrofia glandular (fibrosis mamaria). El parénquima mamario se vuelve más denso produciendo limitaciones.

El linfedema es un proceso crónico que repercute en las personas afectadas de manera significativa durante el resto de su vida, incluso con las técnicas de tratamiento actuales. Las personas afectadas pueden experimentar debilidad, rigidez, durezas, dolor, pérdida de sensibilidad, pesadez, tensión y un rango más restringido en los movimientos del brazo afectado. Además, posibles infecciones superficiales recurrentes, a los que se suele añadir un amplio cortejo de síntomas psicológicos.

Esta enfermedad conlleva un incremento de la discapacidad, alteraciones funcionales, alteración de la imagen corporal, peor adaptación a la enfermedad, dificultades en su entorno familiar, pérdida de la autoestima, aislamiento social y dificultades laborales, alterando considerablemente la calidad de vida de la mujer, incluida su vida sexual. La presencia de dolor agrava todo esto.

Aunque el linfedema no siempre se asocie a dolor, las limitaciones que puede suponer sobre movimientos necesarios para un normal funcionamiento del miembro superior en las actividades de la vida diaria, como peinarse, cerrar una cremallera, quitarse un jersey o alcanzar objetos, están muy relacionadas con la afectación de la calidad de vida.

Como hemos dicho antes, el linfedema representa un problema de difícil manejo incluso con las modalidades de tratamiento modernas. Algunas de las terapias actuales incluyen la elevación del miembro superior afectado, el drenaje linfático manual, el uso de mangas elásticas, la compresión neumática intermitente y los tratamientos descongestionantes. La terapia con dispositivos de compresión elástica y el drenaje linfático manual han demostrado ser las terapias más eficaces.

5 Discusión-Conclusión

Los diferentes tratamientos aplicados para el cáncer de mama, en especial, la resección quirúrgica de los ganglios linfáticos y la radioterapia, pueden generar daño linfático, ocasionando el linfedema como secuela.

El linfedema es una de las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer y afecta al estado físico de la mujer, al estado emocional, social y a la calidad de vida de la mujer afectada. Se asocia con una peor calidad de vida de la mujer afectada.

A pesar de los avances en el tratamiento del cáncer de mama, queda mucho por hacer respecto a la información, prevención, diagnóstico y tratamiento del linfedema de las mujeres con este problema.

6 Bibliografía

1. Sánchez DRTM, Fernández DIP, Monago DMGR, Gómez DSF, Mesa DMR, Tejado DPF. Cambios torácicos tras radioterapia: patrones radiológicos típicos y principales complicaciones asociadas. Seram [Internet]. 2021 May 18 [cited 2022 Jun 26];1(1). Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4135>.
2. Yélamos C, Montesinos F, Eguino A, Fernández B, González A, García M, et al. Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. 2007 [cited 2022 Jun 26];4:143–63. Available from: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/vol4_numero1/articulo11.pdf.
3. Robles J, Robles Sánchez J. Linfedema: una patología olvidada. 2006 [cited 2022 Jun 26];3(1):71–89. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820113.pdf>.
4. Pérez P. JA, Salem Z. C, Henning L. E, Uherek P. F, Schultz O. C. Linfedema de miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. Cuadernos de Cirugía. 2001 Dec;15(1):107–15.
5. Muñoz SMJR, Cejudo SCL, Cruz SRMQDL, Trujillo SMR, Neila SBS, Pomacahua SBL. Cambios en la mama tras el tratamiento oncológico. Seram [Internet]. 2021 May 18 [cited 2022 Jun 26];1(1). Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4252>.

Capítulo 290

EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO Y LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

MARTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica que combina la endoscopia gastrointestinal de la parte superior del aparato digestivo y radiografías para tratar los problemas de los conductos biliares y pancreáticos. Esta técnica se emplea para el estudio del árbol biliar, la vesícula y el páncreas. Los conductos biliares son tubos que transportan la bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar y el duodeno. Los conductos pancreáticos son los tubos que transportan el jugo pancreático desde el páncreas hasta el duodeno. El conducto colédoco y el conducto pancreático principal se unen antes de vaciarse en el duodeno.

Este procedimiento se emplea para tratar los problemas de los conductos biliares y pancreáticos, y también para diagnosticar los problemas de los conductos biliares y pancreáticos.

Esta prueba es una prueba no invasiva y es muy segura.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se realiza cuando los conductos biliares o pancreáticos se han estrechado o bloqueado debido a:

- Cálculos biliares que se forman en la vesícula biliar y quedan atrapados en el conducto colédoco.

- Infección.
- Pancreatitis aguda y crónica.
- Traumatismo o complicaciones quirúrgicas en los conductos biliares o pancreáticos.
- Seudoquistes pancreáticos.
- Tumores o cánceres de los conductos biliares.
- Tumores o cánceres del páncreas.

2 Objetivos

El principal objetivo que se pretende con este presente capítulo es analizar la técnica de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), su uso y cómo se realiza de forma correcta.

3 Metodología

Para la búsqueda de información, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática en diversas bases de datos científicas, utilizando para ello diferentes palabras clave acordes con el tema llevado a estudio y empleando distintos criterios de inclusión y exclusión.

4 Resultados

La CPRE se utiliza para estudiar y tratar enfermedades de los conductos biliares y del páncreas. La imagen que se obtiene con este estudio es una imagen en escala de grises de radiología simple con opacificación del árbol biliar y de los ductos pancreáticos.

Para realizar la técnica, el paciente se acostará en una mesa de exploración. A través de una aguja intravenosa (IV) en el brazo del paciente, se le administra un sedante que ayuda a mantener al paciente relajado y cómodo durante el procedimiento. También se le dará anestesia líquida para que haga gárgaras o se aplicará anestesia en aerosol en la parte posterior de la garganta con el fin de adormecer la garganta y ayudar a que no le den náuseas durante el procedimiento. Se le coloca un protector de boca y se retiran las prótesis dentales si las hubiera. Es fundamental vigilar los signos vitales y mantener al paciente lo más cómodo posible.

Una vez que el paciente está relajado o sedado, da comienzo la prueba. Lo primero, se introduce un endoscopio por vía oral a través del estómago hasta el duodeno y desde ahí, a través de la ampolla de váter, se introduce contraste para repleccionar por vía retrograda la luz del árbol biliar.

Una pequeña cámara montada en el endoscopio enviará una imagen de video a un monitor. El endoscopio bombea aire dentro del estómago y duodeno para que sea más fácil verlos.

Durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se localiza la abertura donde los conductos biliares y pancreáticos se vacían en el duodeno, se desliza un catéter flexible a través del endoscopio hacia los conductos, se inyecta un tinte especial (medio de contraste) en los conductos a través del catéter para hacerlos más visibles en las radiografías (fluoroscopia) y se examina los conductos en busca de áreas estrechas u obstrucciones.

Durante la técnica se pueden pasar instrumentos diminutos a través del endoscopio para abrir los conductos bloqueados o estrechados; romper o extraer los cálculos; hacer una biopsia o extirpar tumores en los conductos; insertar una endoprótesis (tubos diminutos para mantener los conductos estrechos abiertos). También se pueden insertar endoprótesis temporales para detener fugas biliares que pueden suceder después de una cirugía de la vesícula biliar.

Generalmente, el procedimiento suele durar entre 1 y 2 horas.

Algunos pacientes, por su patología, son portadores de tubos o catéteres de drenaje percutáneos, de tal manera que se pueden obtener imágenes del árbol biliar inyectando el contraste directamente desde el extremo del catéter o tubo. El contraste que se utiliza en esta exploración es contraste iodado hidrosoluble isoosmolar.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión sistemática, se puede concluir que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento que ayuda a abrir la entrada de los conductos del intestino, dilata segmentos estrechos, elimina o pulveriza cálculos biliares, diagnostica afecciones como cirrosis biliar, permite tomar muestras de tejido para diagnosticar un tumor y drena áreas bloqueadas.

El Técnico Especialista en Radiodiagnóstico debe estar perfectamente formado y cualificado para llevar a cabo la técnica de una forma correcta, prestando en todo momento la ayuda necesaria tanto a los distintos profesionales que intervienen en ella como al paciente. Además, debe dar las instrucciones necesarias al paciente antes de realizársela y una vez que el procedimiento haya finalizado.

6 Bibliografia

1. SGE Standard of Practice Committee, Shergill AK, Ben-Menachem T, et al. Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2012;76(1):18–24.
2. Szary NM, Al-Kawas FH. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: how to avoid and manage them. *Gastroenterology and Hepatology*. 2013;9(8):496–504.

Capítulo 291

CONOCIMIENTOS PARA EL HIGIENISTA BUCODENTAL SOBRE SUS LABORES EN LA IMPLANTOLOGÍA

PATRICIA REDRUELLO SUÁREZ

1 Introducción

Para poder comenzar a desarrollar la exposición del objeto de nuestro trabajo de investigación sobre el tema que hemos elegido, que trata principalmente el tema de la implantología oral, o como es conocido de manera popular los implantes, es necesario en primer lugar que conozcamos qué es la implantología oral, para poder comprenderla mejor.

La implantología oral es en primer lugar una disciplina perteneciente a la rama médica de la odontología, el objetivo principal de esta disciplina consiste en reemplazar las piezas dentales que el paciente haya podido perder por diferentes causas, patologías o situaciones, por piezas nuevas que son colocadas en la cavidad oral del paciente mediante una intervención de carácter quirúrgico, posicionando las nuevas piezas en el maxilar o en la mandíbula; gracias a la implantología dental es posible para el paciente con la ayuda de los profesionales de este campo recuperar las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas, que ha perdido o visto disminuidas por la pérdida de la pieza o piezas de su dentición original.

El proceso de implantología es una práctica más que común en la época actual y en él intervienen diversos profesionales del campo odontológico y de la salud

dental, nosotros a través de este trabajo queremos fijar nuestra atención en cómo interviene el higienista en el campo de la implantología.

2 Objetivos

Con este trabajo de investigación perseguimos el importante objetivo de conocer nosotros mismos y dar a conocer más sobre el campo de la implantología y su relación con el higienista dental.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo nuestro trabajo de investigación sobre el tema de la implantología y su relación con las labores desarrolladas por los higienistas dentales además del resto de profesionales, hemos realizado una búsqueda exhaustiva de información para posteriormente realizar una lectura analítica que nos permitiera obtener la información necesaria y veraz para poder realizar este escrito.

4 Resultados

Tras un largo, concienzudo y exhaustivo análisis del contenido disponible en las distintas páginas web que nos ayudan y facilitan en la búsqueda de conocimiento, hemos podido aprender qué es exactamente la implantología, que como hemos dicho previamente en otro apartado de este trabajo, es la parte de la odontología que de manera quirúrgica sustituye las piezas dentales que el paciente haya podido perder por diversas circunstancias. El proceso quirúrgico de la implantología dental, aunque común en nuestros días no es carente de complicación y es por esto que durante la cirugía están presentes varios profesionales, cada uno desempeñando una función concreta, en el caso del higienista bucodental, podemos destacar que sus labores principales en el procedimiento quirúrgico son:

- Asistir al dentista, en aquello que precise y de la manera acordada.
 - La correcta preparación del material pertinente para la intervención a realizar.
 - Ayudar al dentista a tener una buena visión del área que necesita la intervención.
- Además de asistir durante el proceso quirúrgico, el trabajo del higienista dental no termina con la operación, ya que sobre estos profesionales recae una parte importante del cuidado del post operatorio, por su calidad de profesionales en prevención e higiene de la cavidad oral; por lo que es muy importante que los

higienistas que forman parte de la consulta o que asisten en estos procesos conozcan las pautas de higiene y mantenimiento de los implantes instalados en la cavidad oral del paciente por parte del estomatólogo, e informar al paciente dado el caso de los cuidados que debe seguir tras esta intervención para que sea lo más exitosa posible, ya que como en toda intervención, debemos cuidar también el post operatorio de nuestros pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Pese al desconocimiento popular sobre las funciones desempeñadas y desarrolladas por el higienista bucodental, su labor en el campo de la implantología oral es de suma importancia, pues es en este profesional en el que recae enseñar al paciente las pautas de higiene que ahora necesita, ya que la higiene y procesos de limpieza requeridos para los implantes dentales no son exactamente iguales que los que requieren las piezas dentales originales que tiene toda persona que no los haya perdido, es por esto que el higienista instruirá al paciente para que este pueda realizar una correcta higiene de su boca, además de informar al paciente sobre el posible mantenimiento que sus implantes puedan requerir, como las limpiezas especiales que se realizan en consulta para pacientes con implantes.

6 Bibliografía

1. <https://www.implantesdentales.site/el-papel-de-los-higienistas-dentales-en-los-implantes/>.
2. <http://www.hospitalodontologicub.cat/es/servicios/2/implantologia>.
3. <https://consejodentistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/tratamientos/item/176-informacion-sobre-implantes-dentales.html>.

Capítulo 292

EL SÍNDROME DE BURNOUT FRENTE AL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

CRISTIAN GALÁN VALLEJO

1 Introducción

Comenzaremos diciendo que el síndrome de Burnout o síndrome de “estar quemado” consiste en un estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por el cansancio psíquico o estrés que surge de la relación con otras personas en un dificultoso clima laboral.

El síndrome de burnout es una situación que se va generando progresivamente hasta desembocar, en muchas ocasiones, en un estado de incapacidad para continuar con el trabajo habitual. Suele aparecer en personas cuya profesión implica dedicación y entrega hacia terceros como, por ejemplo, los profesionales sanitarios.

Muchos trabajadores identifican estar quemado con estar a disgusto, estar harto, sentirse agobiado, tener un mal día en el trabajo, etc., pero no se observa la verdadera sintomatología del síndrome, su cronicidad o su intensidad en las fases más avanzadas. Hay que resaltar que se trata de un proceso insidioso que habitualmente deriva en consecuencias severas para la persona. Es importante resaltar que esta patología es consecuencia, fundamentalmente por la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo y no está originada por una deficiencia en la personalidad del individuo.

Las consecuencias pasan por un elevado absentismo laboral, el consumo de medicamentos para conciliar el sueño, sustancias o drogas, así como la adopción

de determinadas conductas de riesgo o violentas. Además, pueden aparecer conflictos en el ámbito laboral, por una disminución significativa del rendimiento y la motivación, así como de la calidad de los servicios prestados.

2 Objetivos

El principal objetivo es reconocer de forma rápida si el/ella mismo está comenzando a sufrir este síndrome y de esta manera intentar poner los medios necesarios para frenar su avance.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: síndrome, burnout, técnico en imagen para el diagnóstico.

4 Resultados

El origen exacto del síndrome de burnout no está determinado, sin embargo, las posibles causas se encuentran en los esfuerzos o sobrecargas del entorno laboral, tales como:

- Exposición a un grado alto de atención al público, es decir, elevada carga de pacientes para un solo profesional de la salud.
- Elevado nivel de responsabilidad en su puesto de trabajo.
- Jornadas laborales extendidas, pasadas las 10 horas debido a el doblaje de turnos o que le quiten descansos.
- Trabajos monótonos.
- Mal clima laboral en el hospital o centro sanitario donde se desempeña la actividad laboral.
- Falta de comunicación con su supervisor/a o compañeros.
- Ausencia de motivación.
- Baja remuneración salarial.

Las consecuencias del síndrome de burnout:

El burnout puede traer distintas consecuencias a nuestra salud física y mental, por el estrés crónico en el que se encuentra nuestro cuerpo en ese estado. Con re-

specto a la salud física, puede incrementar nuestras probabilidades de desarrollar condiciones como diabetes tipo 2, presión arterial alta y enfermedades cardíacas. Por otro lado, aumenta nuestras posibilidades de desarrollar síntomas de ansiedad, depresión y desregulación emocional. De la misma forma, puede incrementar nuestro consumo de sustancias, perjudicar nuestras relaciones interpersonales y causarnos problemas en el trabajo por nuestro desempeño.

-Tratamiento para el síndrome de burnout:

La clave para un tratamiento eficaz del síndrome de burnout es detectarlo a tiempo. El tratamiento puede provenir tanto del propio trabajador como de la empresa o institución para la que trabaja, es vital que exista una buena comunicación entre ambas partes y que se establezcan los mecanismos necesarios.

Para superar el burnout debemos hacer cambios importantes en nuestro estilo de vida. No se va a ir porque nos vayamos a unas vacaciones y luego volvamos a nuestra vida tal cual era. Debemos de aprender a que el autocuidado sea parte de nuestro día a día, a descansar, a encontrar un balance entre nuestra vida y el trabajo, y más.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir el presente trabajo diremos, que algunos profesionales del sector sanitario se ven forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas y preocupaciones de los pacientes con los que realizan su actividad laboral en el centro sanitario o hospitalario donde trabajen. Este es el caso de los profesionales de la salud como los técnicos en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, cuya relación profesional se centra totalmente en los pacientes y, concretamente, en sus problemas, dificultades diarias y enfermedades. Las transformaciones sociales y del propio sistema sanitario, hacen necesaria una reflexión entorno a la formación del colectivo sanitario, ya que estos son un eslabón clave en la cadena sanitaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://es.wikipedia.org/wiki/Burnout>.
5. https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Farias-Serratos/publication/236332518_Burnout_Syndrome/links/02e7e517a8d1f31e73000000/Burnout-

Syndrome.pdf.

Capítulo 293

LESIONES MAMARIAS Y PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS

JOSÉ LUIS ARNALDO REGUERO

1 Introducción

La detección precoz del cáncer de mama es la finalidad de los procedimientos de diagnóstico por imagen. La mamografía es el mejor método de detección de lesiones mamarias pero no sirve en todos los casos para diferenciar si es benigna o maligna.

Una masa es una lesión mamaria con márgenes que la delimitan del tejido circundante. En una masa se estudian la densidad, forma, número, tamaño y localización. La forma puede ser alargada, ovalada, redondeada o tubular. Por lo general las masas ovaladas o redondeadas suelen ser lesiones benignas compatibles con quistes o fibroadenomas. Cuanto más irregular sea la forma, más posibilidad de que sea maligna. Los bordes de la lesión son un signo muy importante para clasificar la lesión. Podrán ser espiculados, mal definidos.

La densidad es valorada comparando un volumen parecido al tejido mamario normal. Estas masas podrán ser hipodensas o hiperdensas. Las hipodensas suelen estar relacionadas con patologías benignas mientras que las hiperdensas lo estarán con patologías malignas.

En cuanto a la localización, número y tamaño decir que lo primero es localizar la lesión determinando si está en la mama, en ocasiones puede haber lesiones en piel que se proyectan sobre la mama así como el pezón o pectoral mayor.

La presencia de calcificaciones irregulares, puntiformes en el interior de una masa son compatibles con lesión maligna.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Descartar lesiones malignas.

Objetivos secundarios:

- Diagnóstico precoz.
- Obtención de muestras para su análisis histológico.
- Pruebas mínimamente invasivas.
- control y evolución de las lesiones mamarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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. Todas relacionadas con lo expuesto en este capítulo.

4 Resultados

Para determinar si una lesión es maligna o benigna se puede realizar una punción aspiración con aguja fina (PAAF), técnica rápida y sencilla que generalmente se guía con ecografía hasta llegar a la lesión. No necesita preparación de la paciente y las complicaciones son pocas y en todo caso de carácter leve. Las ventajas son: rapidez, económica, sencilla y poco dolorosa. Tiene tasas de acierto aceptables, no deja secuelas. Diagnostica quistes y permite realizar estudios a partir del material aspirado como citometría de flujo y receptores de estrógenos.

En cuanto a las desventajas señalaremos: Producción de hematomas, puede modificar la apariencia de las lesiones en ecografía. Infrecuente riesgo de infección. Puede dar falsos positivos que terminen en cirugías innecesarias y no se puede diagnosticar un cáncer multifocal ni diferenciar entre carcinoma in situ y carcinoma ductal infiltrante.

En cuanto a la biopsia con aguja gruesa (BAG), es una técnica intermedia entre la PAAF y la biopsia quirúrgica. La aguja de tamaño 14G obtiene un cilindro de la lesión de gran calidad diagnóstica. La utilización de sistemas automatizados de gran velocidad permiten estandarizar la técnica y mejorar los resultados.

Prestan un diagnóstico definitivo en la mayoría de las lesiones benignas, determinan el estadio precoz en lesiones malignas, tienen un coste inferior a las biopsias quirúrgicas, reconoce receptores hormonales y se puede determinar el carácter invasivo de la lesión. En todo caso es más aceptada por la paciente frente a una biopsia quirúrgica. Las desventajas de esta técnica: La agresividad de la técnica es intermedia y más molesta que la PAAF. Existe riesgo de infección y de siembra tumoral. Las lesiones cercanas al pezón o pared torácica son difíciles de biopsiar. La técnica será rigurosa y estandarizada. Las reacciones vaso-vagales son más frecuentes que en la PAAF.

5 Discusión-Conclusión

La PAAF: Es una técnica rápida, sencilla con poca morbilidad y barata. Disminuye el número de biopsias quirúrgicas y depende de la intervención del radiólogo. El anatomopatólogo debe de ser un profesional experimentado. Los mayores problemas son los falsos negativos y el material insuficiente. Una citología negativa no excluye malignidad y la lesión positiva tendrá que ser confirmada con biopsia. De cualquier forma la mamografía sigue siendo la técnica que indica la conducta a seguir en tanto que la citología solamente tiene valor si es positiva.

La BAG: Es una técnica que avanza muy rápido y está ganando espacio en las técnicas invasivas de la mama. La aguja 14G es la que arroja mejores resultados.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 294

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

MÓNICA MERAYO TUYA

NIEVES CASAIS ALLENDE

VERÓNICA GONZÁLEZ ANTÓN

1 Introducción

La sífilis es una enfermedad causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, que entra en el cuerpo a través de cortes en la piel o en las mucosas. Se trata de una enfermedad de transmisión sexual, ya que la forma más común de contagio es por contacto con la llaga de una persona infectada durante la actividad sexual.

Se desarrolla por etapas y los síntomas varían con cada etapa, aunque también se puede estar contagiado de sífilis sin notar síntomas durante años. La enfermedad suele empezar con una llaga sin dolor en genitales, recto o boca. Sin tratamiento esta enfermedad puede causar daños en todo el cuerpo, llegando a producir problemas neurológicos o cardiovasculares.

El diagnóstico de laboratorio es indispensable antes de iniciar un tratamiento. Puede realizarse demostrando la presencia de *T. pallidum* en las lesiones o por pruebas serológicas.

El tratamiento de elección es la penicilina, pudiendo utilizar como alternativa el cloranfenicol o macrólidos en personas sensibles a este antibiótico.

No se han desarrollado vacunas efectivas contra la sífilis por la dificultad en el cultivo de la bacteria. Es por esto que es importante la educación sanitaria en

prácticas sexuales como sistema de prevención, así como el control sanitario de la prostitución y los exámenes serológicos sistemáticos durante el embarazo para prevenir la sífilis congénita.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los síntomas posibles en un caso de sífilis y la importancia en el diagnóstico de la enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Saber cómo es la bacteria causante y cómo actúa.
- Conocer el tratamiento más adecuado para erradicar la enfermedad.
- Saber cuáles son los métodos de prevención más eficaces.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática, consultando varios libros relacionados con el tema a tratar, así como una búsqueda en artículos procedentes de publicaciones revisadas en diferentes bases principales de datos como Medline y Pubmed.

4 Resultados

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica de evolución crónica o lenta producida por la bacteria *Treponema pallidum*. Puede ser congénita o adquirida. Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), que se contagia por sexo vaginal, anal u oral.

El *T. pallidum* es una bacteria larga, fina y helicoidal. Aunque no se tiñe con colorantes, la bicapa externa que recubre la pared celular puede asemejarse a la de las bacterias Gram negativas. Debido a su finura no se visualiza en preparaciones en fresco con microscopio óptico, pero sí con microscopía de contraste de fases o de campo oscuro. Es una bacteria aerobia, que no sobrevive en ambientes secos o con temperaturas cambiantes. Su único reservorio es el hombre, aunque algunas cepas han podido inocularse con éxito en conejo y chimpancé.

Los síntomas de la sífilis pueden ser difíciles de notar y aparecer y desaparecer en el tiempo. Es una enfermedad que consta de varias etapas que pueden superponerse en el tiempo. En la sífilis primaria la manifestación clínica más importante es

la aparición de lo que se conoce como chancro sifilítico, formación de una llaga en la zona por donde entró la infección. También se puede observar la inflamación de ganglios linfáticos. En la sífilis secundaria (de 2 a 10 semanas tras la aparición del chancro) pueden aparecer varios síntomas, como son caída de pelo, aftas bucales, síntomas gripales, protuberancias o verrugas, ampollas, escamas, etc. Después de esta etapa las lesiones pueden remitir de manera espontánea hacia la curación o permanecer en estado latente o desarrollar manifestaciones terciarias. La fase de la sífilis terciaria se caracteriza por la aparición de unas lesiones granulomatosas llamadas gomas, que provocan la destrucción de cualquier tejido. Puede afectar a la piel, al sistema osteoarticular, , cardiovascular, meninges o al sistema nervioso central, provocando parálisis progresiva o demencia.

Es importante también la sífilis congénita. Cuando una mujer embarazada padece la enfermedad cabe la posibilidad de una infección transplacentaria, provocando parto prematuro, aborto espontáneo o muerte fetal.

El diagnóstico de esta infección se consigue mediante examen directo de la bacteria en microscopio de campo oscuro o de contraste de fases, debido a la imposibilidad de cultivar el microorganismo. Sin embargo, es más útil la demostración de anticuerpos en el suero del enfermo (o en LCR en etapa terciaria).

El tratamiento de elección es la penicilina, que puede matar a la bacteria aunque no revierte el daño producido. Sin embargo, el número de casos disminuyó notablemente con la introducción de la penicilina en los años 40.

5 Discusión-Conclusión

La sífilis tiene una distribución universal, siendo la tercera enfermedad de transmisión sexual más frecuente y la más importante de todas las venéreas, por sus consecuencias.

La fuente de infección es exclusivamente humana. Debido a que estas bacterias no sobreviven en las superficies cutáneas secas, la enfermedad se transmite sólo durante sus fases iniciales.

Es muy importante el diagnóstico a tiempo de la infección, ya que la sífilis puede dañar gravemente el corazón, el cerebro u otros órganos, poniendo en riesgo la vida. También aumenta el riesgo de infección por VIH y puede causar problemas durante el embarazo. Es por ello que la educación sexual es muy importante para no padecer esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Reece, E. Albert, Hobbins, John C. (2010) Clinical obstetrics 3ª Edición.
2. Medline plus (marzo 2017).
3. Hicks CB (14 julio 2019) Syphilis: Screening and diagnostic testing.
4. Jameson JL (2019) Syphilis. In: Harrison's Principles of Internal Medicine.

Capítulo 295

ACOSO PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL

LAURA ALONSO LÓPEZ

ANDREA SUÁREZ DOS SANTOS

JESUS SOBRINO COIRA

LAURA LLERA DIAZ

1 Introducción

El término mobbing, es una palabra anglosajona que se utiliza desde mediados de los años ochenta, para designar una situación de acoso u hostigamiento en el entorno laboral. Leymann los describe como un proceso de destrucción, en el que una serie de actuaciones, que aisladamente pueden parecer inocentes, pero por ser repetitivas, acaban teniendo unos efectos perniciosos. La finalidad de tales actuaciones suele ser hacer daño y propiciar la desaparición de la persona víctima, del entorno laboral.

El “mobbing” es un fenómeno extendido que ha pasado de ser un temo poco descrito en la literatura, a convertirse en un problema emergente que envuelve muchas caras, y que se pone de relieve en las tres últimas décadas. En los últimos años, el acoso laboral, ha pasado a ser un problema serio, reconocido internacionalmente, donde tanto el ámbito profesional como social se ven afectados. El mobbing es un anglicismo que se traduce en castellano por acoso psicológico en el trabajo, aunque la Real Academia Española (RAE) siga aconsejando que

sea sustituido por el equivalente español de acoso laboral. La primera traducción parece la más correcta, porque además de referirse al acoso en el trabajo, conlleva la connotación de psicológico, que hace intuir conductas de vejación, discriminación, etc.

Este fenómeno, que ha sido muy estudiado en los últimos años, y ha recibido distintos términos y definiciones según los trabajos realizados, pero todos tiene unos aspectos comunes a pesar de la variedad conceptual.

En primer lugar, un aspecto común en todas sus definiciones es, la expresión de un comportamiento negativo crónico hacia un sujeto.

Aunque la duración de este comportamiento no tenga definido unos límites de tiempo claros, se suele consensuar que la ejecución de conductas negativas durante unos 6 meses y de frecuencia aproximada una vez a la semana, puede ser una definición válida, para diferenciar los casos de acoso laboral severos, de los casos de acoso laboral menos intensos. De esta forma se excluyen del término de acoso laboral, las conductas bromistas, que suelen ocurrir entre compañeros, que sean de forma puntual, salvo que estas se repitan de forma crónica y repetitiva, generando un ambiente laboral desagradable, pudiendo llegar a ser incluso hostil.

En segundo lugar, el acoso laboral o psicológico en el entorno laboral, se considera como un carácter dinámico, es decir que es un fenómeno gradual, en el que la persona sufridora, es objeto de acoso con agresiones que son crecientes en frecuencia e intensidad.

En muchas definiciones del acoso laboral, los autores se refieren a una diferencia de poder entre el acosador y el acosado, ya que muchas víctimas encuentran frecuentemente, serias dificultades para defenderse durante la evolución del proceso de hostigamiento, por esta misma diferencia de poder, que se puede entender como real o percibida.

Algunos autores profundizan aún más esta diferencia entre agresor y víctima, y las ordenan en cuatro bloques: las diferencias físicas (corpulencia), las diferencias psicológicas (baja autoestima de la víctima), económicas (si existe dependencia económica del agresor por parte de la víctima) y diferencias sociales (por ejemplo, superior jerárquicamente es el agresor). Todas estas diferencias dificultan la defensa de la víctima objeto de acoso.

Varios autores describen el fenómeno como una situación en la que las víctimas no pueden tener el control para resolver el problema. En ese sentido es una de agresión donde existe una diferencia de poder entre el agresor y la víctima.

En los casos en los que existe una igualdad de poder, es decir entre compañeros del mismo rango jerárquico, se presentan situaciones en las que se da más au-

toridad y poder a una parte que a otra por motivos de antigüedad, por relaciones próximas con personas que tienen mayor poder, o simplemente por ubicarse en departamentos con peso más específico.

Con todo lo anterior expuesto, una definición muy válida y acertada del acoso laboral sería, la repetición y persistencia de comportamientos negativos hacia uno o varios trabajadores, lo que implica la creación de un ambiente de trabajo negativo y hostil.

Las formas de acoso en el personal sanitario pueden ser de muy distinta ejecución, dependiendo de los servicios, de los protagonistas, de la duración, de los motivos, etc. Pero en general se pueden diferenciar en dos grupos. Las acciones directas de forma explícita, como pueden ser ataques verbales y hasta agresiones físicas, o bien acciones muy discretas, más sutiles como pueden ser el aislamiento, la exclusión, etc.

Estas conductas de acoso varían mucho si el acoso es entre diferencias jerárquicas, o bien si es entre compañeros. El primer tipo de acoso, donde los agresores son de nivel jerárquico superior, es una presión mucho más negativa y hostil, ya que representan el poder de decidir sobre aspectos laborales del sujeto acoso. En este aspecto el acoso es más de aislamiento, sobrecarga laboral, etc. En el segundo grupo de acosadores, que sería entre compañeros del mismo nivel jerárquico, el hostigamiento es de otro tipo, se difunden más rumores sobre la vida privada del acosado, sobre circunstancias personales, sobre situación económica, etc.

Es importante detectar las situaciones de acoso psicológico en el sector sanitario, para entender cómo y por qué se producen estas violentas situaciones, así como identificar las consecuencias y efectos resultantes, y poder aportar soluciones adaptadas y disminuir, de este modo la degradante situación laboral en el entorno sanitario.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es determinar cuál es la situación actual del acoso psicológico en los trabajadores de la salud, identificando las posibles causas y sus consecuencias, tanto a nivel personal, organizacional, como social.

3 Metodología

El método utilizado para la realización de nuestro trabajo ha sido una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema objeto de nuestro estudio. Hemos realizado una revisión sistemática de trabajos relacionados con el acoso

psicológico en el ámbito sanitario. Para la búsqueda de los artículos, se consultaron diferentes bases de datos, tanto nacionales (Dialnet, IME Biomedicina, etc.), e internacionales (Medline, Pubmed, Cochrane, etc.), así como en revistas de corte científico con acceso abierto.

Se utilizaron los descriptores o palabras claves: acoso, psicológico, personal sanitario, mobbing.

El periodo de estudio y selección de publicaciones ha sido desde 01 octubre 2019 a 10 febrero 2020 y se limitó la búsqueda al intervalo temporal 1996-2020.

Tras la búsqueda se identificaron 15 referencias bibliográficas.

Primeramente, se eliminaron los trabajos duplicados, y eliminados 5 artículos.

Posteriormente se establecieron criterios de inclusión/ exclusión que serán aplicados a los artículos seleccionados para su admisión.

Los criterios de inclusión fueron: estudios que analicen el acoso psicológico o laboral en el entorno sanitario, estudios con cualquier diseño metodológico, estudios que aporten datos sobre el estado de la cuestión y estudios con acceso a texto integral.

Los criterios de exclusión han sido: trabajos de estudios de casos, estudios de acoso psicológico en otras ramas que no sean sanitarias.

4 Resultados

Respecto a los resultados obtenidos en nuestro trabajo, debemos considerarlos con cautela, ya que hay una variabilidad de definiciones y formas, que influyen de forma directa en los datos obtenidos.

Pero a pesar de las diferencias obtenidas, si nos queda algo muy claro, y es que el fenómeno del acoso psicológico no es un fenómeno marginal, sino que es una situación creciente, en el sector sanitario, y que las cifras que hemos cotejado no son más que la punta del iceberg, siendo todavía un fenómeno muy oculto según las organizaciones.

El acoso laboral es mucho más que una mala relación entre dos compañeros de trabajo. Se trata de una situación muy compleja que solo se puede entender desde un examen de los factores organizacionales, sociales e individuales.

Las consecuencias del hostigamiento crónico, hacia el trabajador víctima, puede generar unos importantes daños para la salud física y psicológica, así como producir un notable descenso de la productividad en el desempeño de su trabajo.

El hecho de estar continuamente sometido a una presión constante disminuye notablemente la capacidad del profesional para la realización de su tarea. Las consecuencias negativas del mobbing en los profesionales de la salud, son reveladoras

de tasas importantes de estrés, ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos, etc.

Se encontraron diversos estudios, un incremento de los casos de depresión relacionados directamente con profesionales sanitarios que referían padecer situaciones de acoso psicológico. En nuestro país, algunos autores cifran en el 5%, la cifra aproximada de acosados que consideran al suicidio como una posible salida, a la situación sufrida durante el periodo de acoso laboral.

Pero, además de los daños personales al profesional sanitario, también sufre consecuencias negativas la organización de la institución.

Los efectos del acoso laboral pueden llegar a tener unas repercusiones globales, pudiendo llegar a producir consecuencias negativas a nivel personal, familiar, organizacional y hasta al nivel social.

La familia del profesional acosado es una parte sufridora directa del acoso moral en el trabajo. Es muy notable el incremento de roturas familiares, pudiendo ser con la pareja, los hijos, o de forma más general, con la convivencia con una persona que presenta un cuadro de desgaste y amargura generada por su entorno laboral, pero cuyos efectos negativos acaban influyendo en el aspecto extralaboral.

Los testigos del acoso suelen desentenderse de la situación, por miedo a ser el siguiente objetivo, lo que incrementa aún más el mal ambiente laboral. El acoso laboral entre compañeros es muy perjudicial para los propios actores, pero también para los profesionales espectadores, y también para la calidad de la atención sanitaria.

A pesar de su formación sanitaria, como consecuencia del hostigamiento laboral crónico, se observa un notable incremento de fármacos psicotrópicos, con sus negativos efectos para la salud.

Es importante señalar que el acoso psicológico varía mucho en sus formas, según el género de la víctima. Así podemos observar que el acoso laboral o psicológico hacia el género femenino es más enfocado hacia agresiones relacionadas con valores personales y aspectos emocionales, mientras que los ataques hacia el género masculino eran más destinados hacia su rendimiento.

Las cifras de absentismo laboral, que también se incrementan en este colectivo sanitario, son una repercusión indirecta de esta presión laboral crónica, se hace una relación positiva entre presión intimidativa y la intención de dejar el puesto de trabajo.

Las consecuencias del mobbing, para la sociedad en general, son unos efectos económicos lesivos. Además de las crecientes demandas judiciales generadas por esta situación, se han incrementado las jubilaciones anticipadas como consecuen-

cia del deteriorado ambiente laboral a nivel psicológicos.

Este acoso laboral o psicológico puede ser tanto vertical (ascendente como descendente) u horizontal (entre compañeros del mismo orden jerárquico). Dependiendo de una u otra forma, tendrá formas de ejecución distintas.

Si es de forma vertical descendente, siendo el acosador una persona de jerarquía superior al acosado, el acoso se traducirá en una excesiva carga de trabajo, realizar tareas inadecuadas para el puesto que ocupa la víctima, etc. Suelen ser medidas organizacionales que conllevan un deterioro de las relaciones sociales de la víctima, llegando inclusive al aislamiento social de esta.

Sí, por lo contrario, el acoso es vertical ascendente, el acosador es un trabajador de rango inferior al de la víctima, la forma de hostigamiento habitual será generando rumores sobre la vida extraprofesional del superior, o su falta de capacidad para la gestión del puesto ocupado.

Cuando nos referimos al acoso horizontal, se trata de violencia en el trabajo entre compañeros de una misma situación jerárquica. En este caso es una presión mucho más violenta la que se genera, llegando a insultos verbales e incluso agresiones físicas.

En cuanto al género de sexo, son las mujeres los más sometidas a este tipo de situaciones de acoso. Muchas de ellas, al tener profesiones de inferior rango suelen ser objetivo más fácil y directo. En el mundo sanitario, hasta hace muy poco, las profesiones de toma de decisiones, como médicos, directores de sección, departamento, de unidad, etc., estaban ocupadas por el sexo masculino, mientras que las profesiones de orden más asistencial, como enfermería, auxiliares, etc., estaba generalmente atendidas por mujeres. Actualmente, esta distribución de tareas está cambiando, y mucho. Cuando son acosadas por hombres en el lugar de trabajo, se trata de un acoso más sutil y discreto, pero en su visión extrema, puede llegar incluso al acoso sexual en el trabajo, que es considerado como delito. Si el acoso es entre mujeres, suele ser un acoso más crónico y menos espectacular de cara al entorno, pero mucho más contundente y eficaz. Suelen ser acciones que manipulan y distorsionan la información y la comunicación, ataques contra la vida privada de la víctima, pudiendo llegar a desvalorizar la reputación y la dignidad de esta.

Como hemos mencionado anteriormente las consecuencias sufridas por el trabajador sanitario pueden ser de distinta orden. El efecto primero y de los más negativos e importante es el deterior personal. El profesional va sufriendo la aparición creciente del estrés laboral y de su repercusión directa como es el síndrome del burnout. A nivel psicológico se traduce por la aparición de depresión. Suele ser habitual la presencia de sentimientos de culpa, tristeza, anhedonia o pérdida

de interés por las cosas, trastornos de sueño y trastornos del apetito, etc. Con el tiempo estos efectos pasan a ser unas consecuencias mucho más somáticas con la aparición de trastornos funcionales diversos, trastornos gastrointestinales suelen ser habituales, dolencias musculoesqueléticas, problemas dermatológicos, problemas coronarios, cefaleas, etc. Otro dato importante es la relación entre mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental, es muy importante. Como ya se ha reseñado anteriormente, la violencia laboral tiene importantes y graves consecuencias de salud en quienes son víctimas de mobbing. Algunos informes cotejados en nuestro estudio nos apuntan a que existen un riesgo de somatización en más del 30% de los casos de individuos afectados por el acoso laboral. Este dato nos indica que los sujetos con percepción de acoso laboral o mobbing tiene hasta tres veces riesgo de percibir un mal estado de salud, que los que tienen esa percepción.

Cuando este primero efecto del acoso psicológico, no se acaba paliando con el paso del tiempo, surge inevitablemente el desajuste con el entorno laboral primero y después con el entorno social, familiar, etc. La relación y convivencia habitual con una persona que sufre un desgaste diario se vuelve insoportable y acaban ocurriendo rupturas relacionales de la víctima de acoso, con su entorno habitual.

Un hallazgo importante a tener en consideración es que más de la mitad del personal sanitario tiene una percepción de sentirse acosado en su lugar de trabajo. La impresión y esperanza que los usuarios tenemos de las instalaciones sanitarias, son un lugar donde se trabaja con un ambiente agradable y armónico, donde el sosiego y la ayuda a los demás son unos pilares básicos de convivencia en el ámbito laboral sanitario, son bien distintos de la realidad.

De igual manera en nuestro estudio, la categoría profesional sanitaria que más padece la percepción o sensación de acoso es la que corresponde al grupo de enfermería. Varios estudios confirman esta aportación, la cual se suele relacionar con la subordinación de la profesión a otras categorías, donde el nivel formativo es mayor y el poder de decisión es más importante.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos decir que el acoso psicológico en el lugar de trabajo, y su versión más oficial como es el acoso laboral, es una situación de hostigamiento de uno o varios trabajadores hacia un compañero del ámbito profesional.

No es un tema novedoso en el ámbito sanitario, pero ciertamente en los últimos tiempos de crisis económica mundial, donde la competitividad es brutal y deci-

siva, propicia una situación de presión añadida en el trabajo, como es el acoso psicológico.

6 Bibliografía

1. Fuentes Valdivieso, R. (2008). Mobbing: manifestaciones corporales al vivir un proceso de acoso laboral. *Revista Neurología, Neurociencia, y Psiquiatría*.41(1), 13-20.
2. González Campos, M., Castañeda Velázquez, H. y Medina Carrillo, L. (2012). Asociación de mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental en personal sanitario. *Waxapa*, vol.2, nº 7.
3. Harasemiuc, V.A., y Díaz Bernal, J.R. (2013). Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. *Med Segur Trab*, 59(232), 361-371.
4. Molero Jurado, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., y Gázquez Linares, J.J. (2016). Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 114-123.
5. Parra Osorio, L., y Acosta Fernández, M. (2010). La investigación cuantitativa del acoso laboral en los sectores de a educación superior y de la salud. Una revisión sistemática.
6. Peralta Gómez, M.C. (2004). El acoso laboral. Mobbing-Perspectiva psicológica. *Revista de Estudios Sociales*, nº18, 111-122.
7. Peralta Gómez, M.C. (2006). Manifestaciones del acoso laboral, mobbing y síntomas asociados al estrés postraumático: estudio de caso. *Psicología del Caribe*, núm17, 1-26.
8. Pérez Aldrete, J.A., Navarro Meza, M.C., Galván Salcedo, M.G., González Baltazar, R., y Aldrete Rodríguez, M.G. (2018). Características sociodemográficas y acoso sexual laboral en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud de Jalisco*. Año 6, núm. 1.
9. Piñuel, I. (2003). Mobbing: manual de autoayuda. Editorial Aguilar. Buenos Aires, 258 p.
10. Prieto-Orzanco, A. (2005). Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud. *Aten Primaria*, 35(4) 213-216.

Capítulo 296

FISIOPATOLOGÍA NEUROLÓGICA

M ESMERALDA VERGARA MAÑAS

1 Introducción

El SM constituye el sistema de control más importante del organismo y junto con el sistema endocrino, desempeña la mayor parte de las funciones de regulación.

Controla las actividades rápidas del cuerpo como las contracciones musculares, incluso las secreciones de algunas glándulas endocrinas. El sistema endocrino sin embargo, regula las funciones metabólicas.

El SN está constituido por una red de células que detectan, transmiten y procesan la información que reciben del entorno (estímulos externos) y sobre el propio interior del cuerpo (estímulos internos), y generan respuestas adecuadas a cada situación.

Las lesiones del SNC pueden tener consecuencias muy graves porque es el centro coordinador de todo lo que ocurre en el organismo. La médula espinal es otra estructura especialmente sensible ya que ciertas lesiones pueden hacer que se dejen de recibir impulsos . Con los nervios ocurre lo mismo.

Para que se produzca un comportamiento correcto es necesario: que los receptores sensitivos funcionen normalmente, y para esto tienen que ser capaces de generar el estímulo, generar el impulso nervioso y transmitir el impulso al nervio correspondiente; que el nervio sensitivo transmita el impulso hasta el encéfalo; y que el encéfalo debe poder recibir el impulso, e interpretarlo.

Cualquier problema en cualquiera de estos pasos, alterará la captación del estímulo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la fisiopatología neurológica.

Objetivo secundario:

- Comprender la función y fisiopatologías de los sentidos.
- Entender que cualquier patología orgánica o traumatismo que afecten a estas estructuras, podrán afectar al sentido asociado.

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, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Aunque las causas de las lesiones neurológicas pueden ser variadas, hay algunas que son características, como son las alteraciones de la consciencia (ausencia de respuesta, o respuestas inadecuadas), las alteraciones motoras (convulsiones y parálisis), y las cefaleas.

Las enfermedades neurodegenerativas, son aquellas que provocan una degeneración progresiva e irreversible de estructuras nerviosas.

El Alzheimer se presenta en personas mayores de 65 años, caracterizado por un deterioro progresivo de la cognición.

El Parkinson es más frecuente en personas con más edad. Se caracteriza por movimientos incontrolados causados por deterioro neurológico (temblores lentos y rítmicos).

La ELA, aparece en pacientes más jóvenes (40-70 años). Produce la muerte continuada de neuronas responsables del movimiento, llevando al paciente a una parálisis progresiva.

La demencia con cuerpos de Lewy, es un enfermedad neurodegenerativa que se dan en pacientes muy mayores, y que se caracteriza por la presencia de estructuras anómalas que se acumulan en ciertas zonas del cerebro.

La AME es una enfermedad genética que ataca a las neuronas motoras de la médula espinal. Se caracteriza por la pérdida de tono muscular.

La ataxia de Friedreich es también una enfermedad genética que afecta a médula espinal y nervios, provocando descoordinación.

La enfermedad de Huntington es otra enfermedad genética que provoca desgaste de algunas células nerviosas provocando alteraciones de distintos tipos.

Las alteraciones referidas a la transmisión nerviosa se caracterizan por lesiones o cambios en las neuronas que dificultan la transmisión del impulso nervioso.

La esclerosis múltiple, en una alteración es la mielina del cerebro y de la médula espinal, que provoca que las fibras nerviosas no funcionen con normalidad.

Las neuropatías periféricas, son trastornos de los nervios que interrumpen los mensajes entre el cerebro y el resto del cuerpo. Provoca entumecimiento, hormigueo y debilidad muscular.

Las infecciones e inflamaciones son también patologías neurológicas.

La encefalitis es una inflamación del cerebro, cuyos síntomas son cefalea, dolor de cuello, somnolencia, fiebre.

La meningitis son infecciones producidas por bacterias, virus u hongos. Provoca rigidez en la nuca, signo de Brudzinski, y signo de Kerning.

La patología tumoral presenta una frecuencia que aumenta con la edad. Los síntomas se presentan en dos niveles: local (síntomas focales), y sistémico (síntomas generales que se atribuyen al aumento de presión intracraneal).

En cuanto a la fisiopatología de los sentidos:

La visión presenta trastornos como miopía, hipermetropía, astigmatismo, diplopía, ceguera, glaucoma.

En cuanto al oído, podemos hacer referencia a la pérdida de audición, perforación del tímpano, tinnitus. El síndrome de Ménière combina la afectación del equilibrio y la audición.

Los problemas que causan alteraciones en el olfato, son los que afectan a la mucosa nasal (rinitis, alergias).

En el gusto encontramos diversos trastornos como la ageusia, disgeusia, hipogeusia e hipergeusia. Como curiosidad nombraré otro trastorno llamado percepción fantasma del gusto, que se traduce en percibir un sabor persistente y desagradable cuando no se tiene nada en la boca.

Por último el tacto, es una afectación que se puede producir en cualquier parte del organismo, ya que tenemos receptores por todo el cuerpo. Algunos de estos trastornos son, por ejemplo, hiperestesia, hipoafia, analgesia o astereognosia.

5 Discusión-Conclusión

En el sistema nervioso se encuentran una serie de estructuras diferenciadas.

Aunque las causas de las lesiones pueden ser muchas, se pueden presentar manifestaciones características como son la alteración de la consciencia, alteraciones motoras, cefaleas.

El sistema nervioso capta estímulos que proceden del exterior, los procesa, y permite así la relación y la interacción con lo que nos rodea. Los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) son los que captan los estímulos.

Las patologías del sistema nervioso pueden afectar a los sentidos, y las afectaciones de los sentidos pueden afectar a los estímulos que debe recibir el sistema nervioso.

6 Bibliografía

1. Porth, C., Gaspard, K., & Argumedo, H. J. Fundamentos de fisiopatología. 2015. Lippicott Williams & Wilkins.
2. Fonseca del Pozo, F. Fisiopatología general. 2015. Arán.

Capítulo 297

FUNCIONES, ÁREAS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL LABORATORIO

M ESMERALDA VERGARA MAÑAS

1 Introducción

Un laboratorio sanitario se define como la unidad básica, formada por una o varias salas (técnicas, recepción, almacenamiento,...) en las que se aplican diversos métodos analíticos con el fin de proporcionar resultados relevantes para unos objetivos específicos relacionados con la salud (bien sea en investigación, diagnóstico o vigilancia de la salud).

Los laboratorios ofrecen múltiples servicios a distintos receptores. Los laboratorios contribuyen a la mejora de la asistencia sanitaria y la salud pública a través de su actividad diagnóstica.

Hay distintos tipos de laboratorio: biología molecular y genética, bioquímica clínica, hematología, inmunología, microbiología y parasitología, anatomía patológica, análisis clínico.

Los servicios de laboratorio engloban todo un conjunto de actividades llevadas a cabo cuyos resultados se utilizan para fines como la asistencia clínica o la vigilancia de la salud. Es por esto que es una parte importante de todos los sistemas de salud.

El Procedimiento Normalizado de trabajo (PNT) es un documento escrito que desarrolla la secuencia específica de operaciones y métodos que deben aplicarse

para una finalidad determinada. Proporciona una manera según debe realizarse el procedimiento cada vez que se repita en el laboratorio. El fin del PNT es garantizar la calidad e integridad de los resultados que se obtienen.

2 Objetivos

- Describir el laboratorio de análisis clínico, incluyendo sus área y organización en el trabajo.
- Diferenciar las funciones entre técnico de análisis clínico y de anatomía patológica.

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, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El análisis clínico consiste en un examen cualitativo y cuantitativo de las sustancias que se encuentran en nuestro organismo. Su objetivo es determinar si sufrimos alguna alteración o anomalía según la referencia estándar.

En el laboratorio de análisis clínicos se realizan los exámenes de muestras biológicas. Contribuyen al estudio, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, así como a identificar cualquier alteración del estado fisiológico.

El laboratorio clínico exige una alta preparación de los especialistas que trabajan en él. En el manejo de técnicas complejas, y aparatos que presentan un manejo complicado.

Objetivos básico del laboratorio clínico: servir de apoyo a la clínica en el correcto diagnóstico del paciente; hacer un seguimiento de la evolución de las enfermedades; y, controlar la eficacia de las terapias.

Funciones del técnico superior de laboratorio clínico: organizar y gestionar la zona de trabajo; realizar los ensayos de bioquímica procesando y analizando

muestras; realizar estudios microbiológicos; recoger, registrar, clasificar y distribuir muestras biológicas; realizar estudios genético y hematológicos procesando muestras de médula, sangre; conocer las herramientas informáticas necesarias para el desarrollo de su trabajo; comprender el marco legal en el que trabaja.

En cuanto a las áreas del laboratorio, contamos con:

- Sala administrativa, de atención al paciente y de recepción de muestras.
- Sala de espera.
- Sala de toma de muestras.
- Sala o zona de laboratorio, que debe contar con una zona de separación y distribución de muestras y otra zona para el procesado.
- Área de almacén.

Par rentabilizar la inversión en el laboratorio, la organización tiende a invertir en control de calidad, y en grandes laboratorios con una gran capacidad de procesado. Por este se definen unas posiciones de autoridad, estableciendo un responsable de cada tarea, y qué persona o personas tiene a su cargo. La jerarquización debe reflejar relaciones formales que permitan visualizar la división del trabajo y los puestos que hay dentro del laboratorio. Esto sirve para garantizar la prestación, optimizar recursos, mejorar la calidad y el rendimiento, y mejorar la seguridad.

La anatomía patológica estudia alteraciones morfológicas, tanto macrocópicas, como microscópicas, como ultramicroscópicas, que se producen en el desarrollo de una enfermedad.

La anatomía patológica es útil a diferentes niveles como diagnóstico y estudio de procesos patológicos.

Las herramientas que utiliza son la necropsia, la biopsia y la citología.

Objetivos de la anatomía patológica: diagnóstico, establecer factores pronósticos, e investigación clínica.

5 Discusión-Conclusión

Los análisis clínico contribuyen al estudio, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. También a la identificación de cualquier modificación del estado de salud.

La anatomía patológica tiene entre sus objetivos: diagnosticar enfermedades, establecer factores pronósticos, y la investigación clínica.

Las funciones de un técnico Superior en Laboratorio Clínico son organizar y gestionar el área de trabajo; recoger, registrar, clasificar y distribuir muestras biológicas; realizar análisis de bioquímica, microbiología, hematología, genética e inmunología, procesando dichas muestras; utilizar programas informáticos relacionados con dichos análisis; interiorizar el marco legal, económico y organizativo que regula la profesión sanitaria.

La principal diferencia entre análisis clínico y anatomía patológica es que en esta última los estudios son generalmente morfológicos.

6 Bibliografía

1. Fraiz, F. J., Organización funcional de los laboratorios de análisis clínicos. 2003. Revista de Diagnóstico Biológico. Vol 52. No 1.
2. Burnett, D. Acreditación del laboratorio clínico. 1998. Editorial Reverte S.A.
3. Guía Laboratorios Clínicos. 2004. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Capítulo 298

ESTUDIOS DE SENSIBILIDAD A ANTIMICROBIANOS

M ESMERALDA VERGARA MAÑAS

1 Introducción

El descubrimiento de la penicilina inició una nueva etapa en la era de los antibióticos. Impulsó la búsqueda de nuevos antimicrobianos, para tratamientos contra enfermedades infecciosas.

El uso de los antibióticos se ha visto afectado por el desarrollo de resistencias, que han limitado su efectividad.

Repasaré los principales agentes antimicrobianos que se emplean, además de revisar los métodos de estudios de sensibilidad.

Los agentes antimicrobianos son agentes físicos (como el calor) o químicos (como los antifúngicos) que eliminan a los microorganismos o merman su crecimiento o desarrollo.

Los agentes bacteriostáticos, inhiben el crecimiento de las bacterias.

Un antibiograma define la actividad in vitro de un antibiótico frente a un microorganismo y refleja su capacidad para inhibir el crecimiento de una bacteria determinada o de una población de bacterias.

Un antibiótico es una sustancia antimicrobiana producida de forma natural o sintética, que se usa en tratamientos infecciosos.

Un bactericida es un agente que destruye bacterias.

Un bacteriostático es un agente que inhibe el desarrollo de bacterias, y se basa en los mecanismos de defensa del huésped.

La transpeptidasa es una enzima bacteriana que realiza enlaces cruzados en la formación de las cadenas que constituyen parte de la pared celular de muchas bacterias.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la clasificación de los antimicrobianos y antibióticos más comunes.

Objetivos secundarios:

- Exponer los fundamentos teóricos de las pruebas de sensibilidad antimicrobiana.
- Definir el concepto de resistencia antimicrobiana.

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, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Clasificación de sustancias antimicrobianas.

- **Betalactámicos.** Grupos de antibióticos que bloquean la actividad transpeptidasa de las proteínas fijadoras de la penicilina. Se destruye la pared bacteriana. Las más importantes son las penicilinas, cefalosporinas, monobactámicos y carbapenems.
- **Aminoglucósidos.** Fármacos que bloquean la lectura del ARNm durante la síntesis proteica. Importantes: la gentamicina, amikacina y paromomicina.
- **Quinolonas.** Antibióticos que bloquean la actividad ADN girasa y topoisomerasa, que participan en la replicación del ADN. La mayor parte pertenecen al grupo de las fluoroquinolonas.
- **Macrólidos.** Inhiben la síntesis proteica. Como la eritromicina.
- **Tetraciclinas.** Impiden la interacción ribosoma-ARNt, con lo que se bloquea la síntesis proteica.

- Glucopéptidos. Alteran la permeabilidad de la membrana citoplasmática e inhibe la síntesis de ARN. Como la vancomicina.
- Sulfonamidas y trimetoprim. Antibióticos que actúan sobre distintas dianas de la bacteria.
- Metronidazol. Es anaerobioicida.
- Antituberculosos. Como la rifampicina.
- Antifúngicos. Como la nistatina.
- Antivirales. Como el aciclovir.

Los métodos de estudios de sensibilidad se desarrollan mediante antibiogramas. El objetivo es valorar en el laboratorio la respuesta de un microorganismo a uno o varios antimicrobianos. El antibiograma define la actividad in vitro de un antibiótico frente a un microorganismo concreto y nos ofrece su capacidad para inhibir el crecimiento de una bacteria o de una población de éstas.

Los ensayos de sensibilidad deben estar normalizados y sujetos a procesos de control que aseguren su reproducibilidad.

Un microorganismo es sensible a un determinado antimicrobiano cuando el agente antimicrobiano puede alcanzar niveles plasmáticos iguales, al menos a la concentración mínima inhibitoria, en el lugar de la infección.

Se considera a un microorganismo resistente a un determinado antimicrobiano, cuando la concentración máxima de antimicrobiano que se puede encontrar en el lugar de la infección no es suficiente para eliminar el microorganismo.

Los microorganismos de sensibilidad intermedia son aquellos que no se ven afectados a dosis normales de un agente antimicrobiano, pero puede acumularse en el lugar de la infección sin llegar a que la dosis produzca efectos tóxicos, eliminando al microorganismo.

5 Discusión-Conclusión

Importante tener claros los conceptos de: agente antimicrobiano, bactericida, bacteriostático, y antibiótico.

Los agentes antimicrobianos son agentes físicos o químicos que pueden destruir a los microorganismos o inhibir su crecimiento. Los antibióticos son agentes antimicrobianos químicos para tratar infecciones. Éstos pueden ser bactericidas (matan) o bacteriostáticos (inhiben).

El estudio de la sensibilidad de los microorganismos a los antimicrobianos es una de las funciones más importantes de los laboratorios de microbiología clínica.

El estudio de la sensibilidad antimicrobiana es efectiva para la microbiología clínica para elegir el tratamiento correcto frente a una patología por bacterias. A esta técnica se la llama antibiograma.

Actualmente hay un creciente número de resistencias antibióticas. En estos casos adquieren mucha importancia los antibiogramas.

6 Bibliografía

1. Fernández Olmos, A., García de la Fuente, C., Sáez Nieto, J. A., Valdezate Ramos, S. Métodos de identificación bacteriana en el laboratorio de microbiología. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica. Procedimientos de Microbiología Clínica. 2010. Editorial Seimc.
2. Madigan, M. T. Biología de los Microorganismos. 2015. Pearson Educación.
3. Mérida de la Torre, F. J., & Moreno Campoy, E. E. Módulo VII. Microbiología Clínica: Manual para técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico. 2015. Editorial Médica Panamericana.

Capítulo 299

PRUEBAS DE IMAGEN, ELEMENTO ESENCIAL

MARINA RODRÍGUEZ URÍA

1 Introducción

Las pruebas de imagen son esenciales para el diagnóstico temprano de una multitud de condiciones y para un consejo médico rápido y efectivo. Su integración en la práctica médica es fundamental, ya que intervienen tanto en la medicina preventiva como en la supervisión de los tratamientos.

Hoy en día, las imágenes de rayos X se han convertido en un pilar fundamental para el diagnóstico de la medicina moderna, ya que las imágenes son cada vez más importantes y cruciales para hacer un diagnóstico, especialmente en enfermedades agudas.

Desde los rayos X hasta la tomografía por emisión de positrones (PET), la radiología tiene una enorme importancia en salud, ya sea en términos de diagnóstico o de intervención. En general, la radiología es una rama de la medicina que utiliza imágenes para diagnosticar y tratar lesiones y enfermedades.

La radiología se puede dividir en "diagnóstica" e "intervencionista". El primero te ayuda a poder diagnosticar el origen de los síntomas y detectar enfermedades, así como conocer el curso de un determinado tratamiento. La radiología intervencionista, por otro lado, utiliza imágenes para guiar los procedimientos, ya que ayudan al médico a insertar catéteres, cables y otras herramientas e instrumentos pequeños en el cuerpo del paciente.

2 Objetivos

Detectar en el menor tiempo y con la máxima precisión cualquier tipo de patología del paciente y por lo tanto un diagnóstico más preciso.

3 Metodología

Para la elaboración de esta comunicación, se ha llevado a cabo una investigación y revisión bibliográfica sobre la importancia de las imágenes de rayos X. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo Pubmed y Medicine.

4 Resultados

Los rayos X fueron descubiertos hace 128 años por el alemán Wilhelm Conrad y desde entonces se han vuelto esenciales en la detección de enfermedades, ya que les permiten atravesar el cuerpo y tomar fotografías.

Hoy en día, existe una rama particular de la medicina, la radiología, que utiliza tecnología de imágenes para diagnosticar y tratar enfermedades. La radiología se ha convertido en un servicio imprescindible en la atención al paciente.

La radiología y la imagen acercan al médico a un diagnóstico patológico, ya que puede aportar el conocimiento científico para detectar anomalías que de otro modo serían imposibles. De esta forma, el médico dispone de la información necesaria para establecer la estrategia y el tratamiento adecuado en cada caso. La radiología general da soporte desde pacientes pediátricos a otras enfermedades como cardiopatías, enfermedades abdominales, enfermedades respiratorias, traumatología... Esta especialidad es fundamental para el buen funcionamiento de otras especialidades como ginecología, urología, medicina interna, traumatología...

La ecografía y mamografía son también bastante habituales para la detección de anomalías. Además, de estructuras internas óseas u órganos, a través de la angiografía se puede estudiar las estructuras vasculares, sobre todo las arterias. La radiología intervencionista utiliza los medios de imagen como ayuda para guiar los pasos en los procedimientos en las intervenciones.

En la actualidad la radiología incluye diversas técnicas además de los rayos X, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas nucleares, medicina nuclear, ultrasonidos y PET.

El objetivo básico de todas estas técnicas radiográficas es prolongar la supervivencia del paciente y reducir la mortalidad. A medida que su uso se generaliza, la tecnología se vuelve más compleja. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con fuentes de radiación requiere que el personal que los realiza reciba capacitación y educación adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios de la radiología son muy importantes cuando se trata de atención médica. Los resultados inmediatos de la radiología ayudan en las decisiones del tratamiento del paciente y demuestran el papel esencial de las imágenes.

Por ejemplo, un examen de rayos X es el primer tipo de examen que ordenan los profesionales médicos cuando un paciente se queja de dolor o sospecha de una lesión. La aparición de nuevas herramientas y nuevas funciones tiene un impacto en el diagnóstico de lesiones y otras enfermedades, que está cambiando la radiología y manteniendo su papel esencial en todo el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 300

IMPORTANCIA DEL DOSÍMETRO PARA LOS TÉCNICOS DE RADIODIAGNÓSTICO

MARIA DOLORES BELLON COBO

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

En un entorno hospitalario hay un gran porcentaje de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes a causa de sus actividades laborales sobre los que debe realizarse una vigilancia y control dosimétrico. El dosímetro personal se trata de un pequeño dispositivo que se suele llevar en la solapa, en la muñeca o en el dedo para medirla exposición a la que el técnico está expuesto a la radiación externa. El uso del dosímetro personal de radiaciones obligatorio para todo el personal que se encargue de realizar alguna tarea relacionada con la exposición de fuentes ionizantes. El dosímetro deberá ser usado siempre que se permanezca en un área controlada, donde estén funcionando los equipos generadores de radiación. Es importante que una vez que se finalice la jornada laboral, el dosímetro permanezca guardado en una área donde no reciba radiaciones. Todos los usuarios de dosímetros deberán someterse anualmente a una revisión médica específica, además las dosis recibidas por los trabajadores expuestos deberán determinarse

en un periodo no superior a un mes, por lo que, el período de utilización de los dosímetros, y por tanto, la lectura de los mismos, debe ser mensual. El dosímetro es una herramienta fundamental a la hora de que el técnico de radiodiagnóstico desempeñe su actividad laboral, ya que este instrumento vela por la seguridad del técnico de radiodiagnóstico, así como nos asegura el correcto funcionamiento de los equipos y de las fuentes de la radiación a la que nos encontramos expuestos. El dosímetro personal es un detector de radiaciones ionizantes, al igual que las provenientes de las fuentes radiactivas o equipos de radiodiagnóstico. El principal objetivo del dosímetro es el de registrar las dosis de radiación recibidas por el técnico de radiodiagnóstico expuesto a dicho agente de riesgo, durante un determinado periodo. El análisis de los dosímetros personales nos permitirá evaluar proporcionalmente el grado de exposición ocupacional del técnico de radiodiagnóstico u otros profesionales que se desempeña en el servicio de radiodiagnóstico. La información que ofrece, es imprescindible a la hora de determinar si las dosis de radiación recibidas por el personal, están o no, dentro de los límites establecidos como razonablemente seguros en la legislación vigente.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del dosímetro para los técnicos de radiodiagnóstico mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

En una sala del Servicio de radiodiagnóstico en donde se efectúan procedimientos guiados con rayos X se registraron dosis mensuales anormalmente elevadas en el dosímetro personal de solapa de un técnico de radiodiagnóstico que trabaja en la misma. Ante la situación producida al conocer las lecturas de su dosímetro, y dado que no se dispone de precedentes investigados en la instalación, se realiza un estudio para deducir si la dosis registrada ha podido ser recibida por el técnico de radiodiagnóstico o si solo ha sido recibida por el dosímetro. El dosímetro personal irradiado, al igual de todos los que se utilizan en el hospital, incluye cuatro zonas con cuatro detectores de termoluminiscencia. Se procede a hacer medidas con un monitor ambiental en condiciones simuladas de los procedimientos, para estimar las dosis reales que pueda recibir el personal de la sala. Se comparan estos valores con los del rendimiento del equipo de rayos x en haz directo medidos durante la revisión anual de control de calidad del mismo, concluyéndose que ha sido el dosímetro, y no el técnico de radiodiagnóstico, el que se ha expuesto

a radiación directa, siendo la situación más probable la de que dicho dosímetro cayó sobre el tubo de rayos x , normalmente orientado hacia el techo, un tiempo del orden de 2 minutos.

Por otro lado a estas estimaciones dosimétricas, el servicio de prevención de riesgos laborales del hospital realizó la vigilancia de la salud, concluyendo que el técnico de radiodiagnóstico no tenía ningún indicio de haber recibido dosis de la magnitud registrada por su dosímetro.

Por eso es fundamental la realización de un control mensual de los dosímetros personales de los técnicos de radiodiagnóstico para poder velar por la seguridad del personal del servicio.

4 Discusión-Conclusión

El control de la exposición ha permitido llevar a cabo una vigilancia médica periódica específica así como extremar acciones de radioprotección. Los protocolos creados y llevados a la práctica sobre el uso de la dosimetría en el personal de radiodiagnóstico son indispensables para disminuir el riesgo y la accidentalidad de la radiación. Es fundamental la utilización de los dosímetros por el personal sanitario expuesto a la radiación a la hora de desempeñar su actividad laboral, para poder garantizar el control y la seguridad de estos y del resto de miembros de un ámbito sanitario frente a las fuentes de radiación y equipos de rayos x.

5 Bibliografía

1. <https://scisa.es/departamento-proteccion-radiologica/servicio-de-dosimetria-personal/>.
2. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-19-28-%20ME%20TRI%20016%20radiaciones%20inonizantes%20rx.pdf>.
3. <https://www.csn.es/documents/10182/1006281/Protocolo+para+la+vigilancia+dosis%20A9trica+mediante+dosimetr%C3%ADa+de+%C3%A1rea+de+los+trabajadores+expuestos+clasificados+como+categor%C3%ADa+B+en+el+%C3%A1mbito+sanitario>.
4. <http://www.dsplace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14606/1/Dosimetr%C3%ADa%20radiol%C3%B3gica.pdf>.

Capítulo 301

CONOCIMIENTOS SOBRE RADIOLOGÍA PARA EL HIGIENISTA DENTAL

PATRICIA REDRUELLO SUÁREZ

1 Introducción

Para poder comenzar con nuestro trabajo de investigación y poder entender lo que procederemos a exponer en el mismo, es muy necesario que podamos comprender qué es la radiología, ya que es el tema central de nuestro estudio en este caso.

La radiología es, para ser exactos, una especialidad clínica médica cuyo cometido consiste en la obtención de imágenes del interior del cuerpo humano, desde su descubrimiento en 1895 por el físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen, este tipo de pruebas se han vuelto cada vez más ordinarias y sofisticadas, ya que al permitirnos poder visualizar el interior del cuerpo humano, son de gran ayuda en todos los campos y disciplinas de la ciencia médica, como es en el caso que nos ocupa la odontología, la parte de la medicina dedicada a la salud de la cavidad oral.

Pese a la similitud de estas dos palabras es muy importante que siempre distingamos entre radiología y radioterapia, puesto que la segunda no consiste en el uso o utilización de imágenes para el diagnóstico si no que se trata del uso de la radiación con fines y objetivos terapéuticos frente a determinadas enfermedades; mientras que la radiología consiste en la toma de imágenes de partes que no pueden verse al estar ocultas dentro del cuerpo, para poder diagnosticar e incluso prevenir algunas patologías.

2 Objetivos

Aportar conocimientos y aspectos importantes a tener en cuenta sobre el uso de la radiología para los profesionales del campo de la odontología.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo este trabajo de investigación sobre la radiología y parte de sus usos y utilizaciones en el campo de la odontología, hemos realizado una búsqueda y análisis de una bibliografía disponible a través de la herramienta que conforma Internet, con la ayuda de páginas de carácter clínico como es Medline.

4 Resultados

Anteriormente en otro apartado hemos hablado sobre la radiología en términos más generales, sin embargo lo que nos interesa a nosotros en este trabajo es más concretamente la parte de la radiología que es utilizada por los profesionales de la odontología; por esto debemos saber qué es la radiografía dental. Al igual que la radiología general, la radiología dental nos permite tener imágenes de partes del cuerpo(en este caso la cavidad oral y el cráneo) poco o nada accesibles, estas imágenes serán utilizadas por los profesionales pertinentes para el diagnóstico además de para la visualización de posibles problemas en estas partes del cuerpo. Para poder realizar una radiografía, se emplean máquinas que utilizan rayos X, estos rayos consisten principalmente en radiación electromagnética de alta energía capaz de penetrar el cuerpo y sus distintas capas, para luego poder formar o generar una imagen bien sea en una película o en una pantalla , ya que las radiografías pueden ser obtenidas a través de estos dos sistemas.

Debido a que se trata de un sistema que emplea radiación, lo más común cuando se realiza este tipo de pruebas diagnósticas o de visualización, es la utilización de protectores para no dañar con la radiación otras partes del cuerpo, es por esto que el Técnico en Radiodiagnóstico no permanece en la misma sala donde se realiza la prueba, además de utilizar prendas que le protegen de la misma. Este tipo de pruebas pueden ser realizadas de disponer de la maquinaria necesaria en la consulta de odontología, ya que algunas tienen la maquinaria necesaria para poder efectuar radiografías a sus pacientes de manera autónoma; es por esto que los profesionales cuya actividad laboral se ve desarrollada en este tipo de centros de trabajo, deben ser formados para conocer los riesgos además de la correcta utilización de los sistemas de protección frente a estas máquinas, este tipo de

protecciones es conocido en el campo médico como protección radiológica, y es aquella protección capaz de evitar en un rango estadístico aceptable los posibles percances que la radiación puede tener sobre el cuerpo humano.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como hemos expresado durante todo nuestro trabajo, la utilización de la radiología y el radiodiagnóstico en las distintas y variadas ramas de la medicina, ha supuesto un gran avance y ayuda para todos los miembros de la profesión además por supuesto de suponer una gran ayuda para el paciente, ya que la sofisticación de estas técnicas ha mejorado mucho la capacidad de prevención y diagnóstico. En el apartado de la odontología, el uso de estos sistemas se ve reducido a la cavidad oral y todo lo que la compone. Sin embargo, por la existencia de estas máquinas en el campo de la odontología es muy importante que todos los profesionales implicados tengan un conocimiento al menos básico que se le debe proporcionar por su bien y el de nuestros pacientes, sobre el uso de la maquinaria y de las protecciones pertinentes tanto para el propio profesional como para el paciente que será siempre la persona más cercana a la máquina y por tanto a la radiación.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Radiolog%C3%ADa>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007451.htm>.
3. https://www.researchgate.net/profile/Alejandro-Hidalgo-Rivas/publication/259146747_Proteccion_radiologica_en_tomografia_computarizada_cone-beam_en_odontologia/links/0046352dd5daae9470000000/Proteccion-radiologica-en-tomografia-computarizada-cone-beam-en-odontologia.pdf.

Capítulo 302

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. PROTOCOLO DEL LAVADO DE MANOS EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA

SILVIA MARTIN HERRERO

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

1 Introducción

La infección intrahospitalaria es toda infección que se adquiere durante la hospitalización y está directamente vinculada a la misma. Se puede definir como aquella infección que aparece más allá de las 72 horas del ingreso, dependiendo del tipo de infección. Esto incluye al paciente que presentó una internación hospitalaria y que presenta una infección en los siete días siguientes al alta.

La transmisión de enfermedades infecciosas por microorganismos patógenos se produce principalmente a través de las manos, ya sea directamente de persona a persona o a través de objetos contaminados tales como superficies en contacto directo con el paciente o el portador.

El lavado de manos es considerado uno de los puntos más críticos para reducir la contaminación por partículas virales. Este lavado de manos debe ser realizado por el profesional antes y después de cada atención sanitaria, así como también por los pacientes, previamente y después de dicha atención.

Flora que coloniza nuestras manos:

- Flora transitoria:

Estos organismos se adquieren a través del contacto con los pacientes, personal infectado o superficies contaminadas. Es la flora que se ha adquirido recientemente. Estos organismos sobreviven en la piel desde unos minutos hasta varias horas. Son los que se depositan en la piel, pero no se multiplican en ella.

Ejemplos: E Coli, Pseudomonas, Serratia, S Aureus, Bacillus gram negativos, Klebsiella pneumoniae y enterococos, etc.

- Flora residente:

Los organismos viven y se multiplican en la piel, varían de persona a persona. Colonizan los orificios más profundos de la piel y los folículos pilosos. Son de baja virulencia y se encuentran en las capas superficiales de la piel. Generalmente no son patógenos.

Ejemplos: Estafilococos coagulasa negativa y difteroides.

Los pacientes con cáncer generalmente se caracterizan por su edad avanzada y padecer de enfermedades crónicas, así como un sistema inmune comprometido (ya sea por la propia enfermedad o el tratamiento de esta), lo que los hace más susceptibles a padecer infecciones. Esto unido a la necesidad de visitar el hospital con mayor frecuencia y al posible antecedente de una intervención quirúrgica, el riesgo de contraer infecciones en estos pacientes es mayor.

2 Objetivos

Elaborar un correcto protocolo de lavado de manos para aumentar la higiene y protección de pacientes oncológicos en un servicio de radioterapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática sobre la literatura científica existente. Para ello, se han consultado artículos y libros en las principales bases de datos: Google Academy, PubMed,

NCBI y Scielo, seleccionados por palabras clave como “lavado de manos”, “radioterapia”, “cáncer” y otras, y su posterior cribado y análisis.

4 Resultados

El lavado de manos es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Está demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos. Este proceso debe durar como mínimo un minuto.

Recomendaciones:

- El personal debe tener las uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- Antes del lavado, retirar todas las joyas y el reloj de las manos y muñecas.
- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Las áreas de las manos donde se encuentra un mayor número de microorganismos son entre los dedos y bajo las uñas.
- En caso de lesiones cutáneas y dermatitis, el lavado de manos no cumplirá su objetivo, por lo que el personal debe abstenerse de la atención directa de los pacientes hasta su restablecimiento.
- Está prohibido el uso de uñas artificiales en los trabajadores de salud.
- No usar cepillo para el lavado de las manos y antebrazos, se restringe únicamente para la limpieza de las uñas, debe ser descartable y no impregnado de antisépticos. Para la limpieza de uñas se recomienda el uso de espátulas para remover la suciedad.

Indicaciones:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) explica el modelo de los cinco momentos en que los profesionales deben realizar la higiene de manos. Estos son:

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Procedimiento:

1. Abrir la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano el jabón.
4. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos.

5. Realice el frotado de las palmas de las manos entre sí.
 6. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
 7. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
 8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
 9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa.
 10. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
 11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas.
 12. Cierre la llave del caño con la misma toalla que utilizó.
- De no disponer de agua y jabón, puede utilizarse solución hidroalcohólica al 60 % o de mayor concentración, pero si las manos se encuentran visiblemente sucias, debe usarse agua y jabón.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es la práctica de antisepsia más antigua en la prevención y control de infecciones. Ésta se identifica como una práctica sencilla e importante, que debe ser realizada por el personal de salud en todas las unidades de atención para minimizar la transmisión de infecciones entre los pacientes y el personal. Las infecciones nosocomiales son causa de morbilidad y mortalidad. Además, aumentan los costes sanitarios al prolongar la estancia hospitalaria. La prevención es la manera más eficaz de combatirlas.

Hay que tener en cuenta que, en las unidades de radioterapia, los pacientes oncológicos tienen un mayor riesgo que la población general de padecer infecciones, de ahí que sea importante adoptar medidas preventivas como ésta.

Debido al objetivo de los servicios de radioterapia que es dar tratamiento a personas con cáncer y debido a la naturaleza de los tratamientos que ahí se ofrecen, es inobjetable el riesgo que un mal manejo por parte del personal trabajador supone para la salud del paciente.

Por todo esto, se considera que la higiene de manos constituye una de las prácticas de antisepsia más importantes del personal de la salud, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación exógena de las infecciones nosocomiales, unida a la dispersión de gérmenes multirresistentes. La OMS (2005) estableció

que la higiene de las manos es la medida más importante de prevención y control de infecciones que están ligadas a la atención sanitaria.

6 Bibliografía

1. Buscando la seguridad del paciente, la disminución de las infecciones nosocomiales y de las infecciones quirúrgicas. El lavado de manos - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. www.portalesmedicos.com. [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2865/1/>.
2. García, R. (2017). Propuesta para disminuir el riesgo de genotoxicidad en trabajadores de la salud de radioterapia y quimioterapia en el centro estatal de cancerología de nayarit. Conacyt.
3. Pírez C, Peluffo G, Giachetto G, Menchaca A, Pérez W, Machado K, et al. Prevención de infecciones intrahospitalarias. Agentes de infecciones respiratorias. Archivos de Pediatría del Uruguay [Internet]. 2020 Dec 1;91:57–9. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492020000700057&script=sci_arttext.
4. Suárez Rodríguez C, Collado Falcón JC, Suárez Rodríguez C, Collado Falcón JC. Características y tratamiento del paciente oncológico en el marco de la actual pandemia de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 4];19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400007.
5. Plasencia, J. A. D., Morón, P. H., Vega, A. M. B., Díaz, E. M. M. S., Vega, V. M., & IIH, E. R. V. Guía: lavado de manos clínico y quirúrgico.
6. Mogollón ICM, Solórzano YBC, Tipán MMM, Pérez EES. El lavado de manos clínico como parte esencial de la atención. Revista Científica “Conecta Libertad” ISSN 2661-6904 [Internet]. 2017 Aug 25 [cited 2022 Jul 4];1(2):1–10. Available from: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/60/246>.

Capítulo 303

EL TECNICO DE RAYOS (TSID) Y LOS EQUIPOS DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

LAURA GONZÁLEZ ARBOLEYA

ANDREA GONZÁLEZ DE LA RIVA

ANA MARÍA CARBAJAL PRIETO

MIGUEL VARELA SANCHEZ

1 Introducción

La Radiología Convencional es una técnica de imagenología en la que se observan las estructuras internas del cuerpo.

Estas imágenes se hacen con un equipo radiológico convencional, que lanza radiaciones electromagnéticas que son los rayos X que a su vez traspasan el cuerpo de la persona a la que se le está realizando la prueba.

Cuando se trabaja con equipos móviles hay un elemento que es muy común en los equipos de radiografía y gammagrafía y que producen radiaciones en otros entornos que no están preparados para este fin. Por lo tanto debemos de realizar todo lo que hemos previsto en los reglamentos para poder salvaguardar al público que se le va a realizar en general y así prevenir de los riesgos que lleva la emisión de las radiaciones.

La radiología móvil es una modalidad desarrollada en unidades de cuidados intensivos, quirófanos, urgencias, áreas de reanimación y todas aquellas situaciones

en las que no es posible trasladar a los pacientes al propio servicio de radiología. Estas radiografías son muy importantes en el manejo clínico de los pacientes. Su adquisición suele ser rápida y su descubrimiento a menudo determina decisiones de tratamiento inmediatas e importantes.

La realización de un estudio de diagnóstico por la imagen debe ser expresamente ordenada por personal médico para valorar los pros y los contras de la técnica descrita, el Técnico Avanzado en Diagnóstico por la Imagen (TSID) debe observar en cualquier momento de la prueba si existe algún riesgo para el paciente, en cuyo caso se procederá a cancelar y avisar al responsable para que tome la decisión más adecuada.

2 Objetivos

Identificar y conocer la utilización de los equipos de radiología convencional para poder obtener una buena calidad en la imagen para el tratamiento al paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los equipos de radiología en el hospital y centro de salud.

4 Resultados

Entre los usos médicos de la radiación el examen más frecuente es el de rayos X (radiografía simple) con el propósito de dar un diagnóstico. Una radiografía convencional es una imagen bidimensional de un objeto tridimensional, significa que toda la información en profundidad se pierde, pues los diferentes niveles de gris en la imagen nos dan resultados sobre la atenuación de los rayos X en la trayectoria desde el momento en el que se hacen hasta llegar al espacio tridimensional. Esta intensidad de tono grisáceo nos da información sobre la densidad que atraviesa el tejido como en una radiografía simple de tórax. Los rayos X son ideales para explorar el interior del cuerpo humano de forma "no invasiva".

La radiación ionizante puede provenir de sustancias radiactivas que emiten radiación espontáneamente o de dispositivos de generación de energía artificial,

como generadores de rayos X y aceleradores de partículas. Las sustancias radiactivas pueden proceder de fuentes naturales (uranio, radio, radón, torio, etc.) que podemos encontrar de forma natural en la corteza terrestre.

El equipo de rayos X es superior al equipo de escintigrafía porque emite radiación solo cuando está en funcionamiento. ☒ Con los equipos de rayos X no hay riesgo de fugas aún estando apagados, cosa que no ocurre con gamma. Los incidentes en los que intervienen equipos de radiografía de rayos gamma, incluso durante un breve período de tiempo, representan una pérdida de control sobre el material radiactivo, que requiere una formación adecuada y medios especiales de protección radiológica para corregir la situación.

Un tubo de rayos X es una cápsula de vidrio o cerámica que se encierra y se coloca al vacío. Consta de dos partes, el filamento o cátodo, que es la fuente de electrones, y el blanco, el anticátodo o ánodo, donde chocan. Para que los electrones escapen del cátodo, se debe crear una diferencia de potencial que acelere los electrones del cátodo (el filamento que los produce) y el ánodo. Los electrones golpearán el ánodo y acelerarán la energía cinética que obtienen por la diferencia de potencial entre el cátodo y el ánodo.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía es el método de imagen más fácilmente disponible. Suele ser el método de elección para evaluar las extremidades, el tórax y, a veces, la columna vertebral y el abdomen. Estas regiones contienen estructuras importantes con densidades diferentes a los tejidos adyacentes. Por ejemplo, la radiografía es la prueba de primera línea para detectar fracturas, neumonía y obstrucción intestinal.

Los empleados que manejan los equipos deben conocerlos adecuadamente para poder asesorar a otros empleados que trabajan en estas unidades. La principal regla de protección radiológica es la distancia, basta con que todo el personal se aleje a más de tres metros de la fuente de radiación.

La radiología simple sigue siendo una herramienta muy importante para el diagnóstico de ciertas enfermedades, por lo que es importante que el clínico adquiera conocimientos que le permitan leer sistemáticamente y saber interpretar posibles signos patológicos.

6 Bibliografía

1. Medline <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003337.htm>

2. Pubmed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30473141/>
3. Pubmed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24246885/>
4. https://webs.um.es/mab/miwiki/lib/exe/fetch.phpid=lecturas_complementarias&cache=cache&media=lectura_8.pdf

Capítulo 304

PROTOCOLO EN SALAS DE RADIOTERAPIA EN CASO DE PACIENTES SOSPECHOSOS O POSITIVOS EN COVID-19

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

1 Introducción

El Covid-19 es un coronavirus que por su estructura tiene una gran capacidad de mutación. La sintomatología mostrada por los pacientes ha ido variando a medida que se han dado diferentes cepas del virus.

La principal forma de contagio es a través de las gotitas de flugge que expulsa una persona infectada al toser, estornudar o hablar. Otro medio de transmisión son los objetos que haya tocado si no ha tenido una higiene de manos correcta después de haberse tocado la boca.

El SARS-CoV-2 en pacientes oncológicos, al ser sometidos a tratamiento inmunosupresor, puede ser causa de mayor gravedad en su evolución en caso de conta-

gio, por lo tanto se debe de minimizar el riesgo cuando los pacientes oncológicos acuden a los servicios de oncología radioterápica.

Los pacientes oncológicos son un grupo muy vulnerable frente al Covid-19, se desconoce los efectos que tendrán la demora de los tratamientos en estos paciente que por la propia malignidad y las terapias anticancerígenas les convierten en un grupo muy vulnerable frente a las infecciones.

La radioterapia es un tratamiento utilizado en la mayoría de los pacientes con cáncer, hay que asegurar que puedan seguir recibiendo el tratamiento durante la pandemia sin interrupciones, reduciendo el riesgo de contagio profesional-paciente o viceversa, con los recursos limitados al tener que crear con las mismas instalaciones diferentes circuitos.

2 Objetivos

Exponer el protocolo que se debe seguir ante casos sospechosos o positivos de Covid-19.

3 Metodología

En lo concerniente a la metodología empleada, se ha llevado a cabo una metodología de triangulación partiendo de las aportaciones de Denzin (1970, 1975, 1989), Morse (1991), Cowman (1993) o Creswell (1994, 2002). De este modo, se han comparado las ya mentadas terapias desde varias perspectivas confrontando distintas fuentes bibliográficas (Espinar et al., 2014). Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica en MEDLINE a través de Pubmed. Los descriptores empleados fueron las palabras clave: “Covid-19”, “Covid”, “coronavirus”, “radiotherapy”, “radiation”.

4 Resultados

En el servicio de radioterapia, dado que hay contacto directo con el paciente, se han de seguir las pautas establecidas por el personal de medicina preventiva, ya que de esta forma sabremos cómo debemos actuar para evitar los contagios entre profesionales. El objetivo es que se minimice el riesgo de contagio entre profesionales y pacientes.

La utilización de equipos de protección individual (EPIs) es un medio fundamental para poder evitar el contagio. Por ello, en todos los centros hospitalarios se

están realizando cursos por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en los que se enseña, entre otros, cómo colocar y retirar correctamente los EPIs, ya que la colocación correcta de los diferentes elementos es muy importante puesto que una mala colocación de estos daría lugar a un posible contacto con el virus y, por lo tanto, podría ser motivo de contagio. El material que se utilice debe de ser desechable y homologado para que el profesional y el paciente esté protegido contra el Covid. La retirada de las EPIs es el momento más crítico de riesgo de contagio ya que todo el equipo puede estar contaminado y es cuando se debe de llevar a cabo la técnica que se ha explicado y practicado en el curso que todo profesional debe realizar para trabajar con la máxima seguridad.

Otra medida muy importante es el lavado de manos. El Ministerio de Sanidad (2020) especifica que se debe de realizar en los siguientes momentos:

- Antes del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una técnica aséptica.
- Después del contacto con fluidos.
- Antes del contacto con el entorno.
- Después del contacto con el entorno.

Una medida a llevar a cabo, que es también muy importante, es que siempre que se usen guantes, una vez que se retiren, se haga un lavado de manos con agua y jabón o con geles desinfectantes ya que el hecho de usar guantes no evita de forma totalmente segura la contaminación. Siempre que sea posible, todo el instrumental, aparataje y superficies deben de ser tapadas con plástico desechable y, una vez este sea retirado, limpiar con productos específicos.

El coronavirus se inactiva en contacto con una solución de hipoclorito sódico al 0,1%, etanol al 62-71 % o peróxido de hidrógeno al 0,5%, en un minuto, revisar la ficha técnica de los productos utilizados el nivel virucida y el cumplimiento de la norma UNE 14476. La superficie debe quedar totalmente seca.

El Ministerio de Sanidad (2020) aconseja mantener una distancia de seguridad de al menos 2 m., algo totalmente imposible para poder tratar a los pacientes y trabajar con el resto de compañeros, por lo que hay una serie de pautas que se pueden realizar con el objetivo de minimizar el riesgo. Estas pautas a seguir son:

- Llevar un registro con el nombre de todo el personal que este en contacto con el paciente.
- Respetar en todo momento el circuito preparado para pacientes Covid y no Covid para evitar que se puedan cruzar o encontrar en algún momento.
- Utilización de todas las EPIs de forma correcta y siempre que sea necesario.
- Lavado de manos siempre que se precise.

- Tener a disposición del paciente geles para lavarse las manos, pañuelos desechables y contenedores de residuos con tapa de apertura con pedal y bolsa plástica
- Limpieza y desinfección de todo el material que se utilice.
- Pedir al paciente que se desinfecte las manos antes de mantener contacto.
- Minimizar el tiempo que los pacientes estén en la sala de espera. Aconsejarles que no estén antes de tiempo.
- El profesional debe tener el EPI puesto cuando reciba al paciente.
- Se le comunicará al paciente que en la medida de lo posible, no toque nada del entorno.
- Utilizar productos de desinfección adecuados para limpiar todo el material una vez terminado el tratamiento.
- Todo el equipo debe de dejarse secar antes del siguiente estudio.
- Todos los residuos generados en la atención al paciente son clasificados como clase III por lo que son eliminados como residuos biosanitarios especiales.

5 Discusión-Conclusión

El coronavirus nos ha puesto a prueba a la humanidad ya que es un virus con una alta capacidad de contagio y desconocido para el ser humano. Lo que es más, nuestro sistema inmunológico no está preparado para combatirlo y la población de alto riesgo como son los pacientes oncológicos deben de tener protocolos establecidos para poder recibir su tratamiento de la forma más segura posible. De modo que la mejor medida es la prevención manteniendo protocolos estrictos para evitar el contagio. Por ello siempre se deben tomar todas las medidas a nuestra alcance tanto en el ámbito profesional como el personal para poder terminar con la pandemia.

El lavado de manos, la utilización de EPIS de forma correcta con material desechable y homologado. Siempre y cuando sea posible cubrir el aparataje, superficies e instrumental con plástico desechable y una vez terminado el tratamiento retirarlo, desinfectar con productos específicos, son las medidas a seguir para evitar la propagación del virus.

6 Bibliografía

1. Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.
2. Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

3. Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.
4. Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.
5. Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.
6. Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.
ISBN-14: 978-84-617-6403-7.
7. Ministerio de Sanidad. Documento técnico Manejo clínico del Covid-19: atención hospitalaria. 19 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_Covid-19.pdf
8. Ministerio de Sanidad (2020) Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV.2. España. ITSS
9. Morse, J.M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Methodology Corner. Nursing Research*, 40(1), 23-45.
10. OMS (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (Covid-19): orientaciones para el público. España. Organización Mundial de la Salud.
11. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Recomendaciones SEOM sobre la infección por coronavirus SARS-CoV-2. Disponible en: https://seom.org/images/RECOMENDACIONES_SEOM_COV19_marzo2020.pdf

Capítulo 305

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN TUMORES CEREBRALES Y SU SEGUIMIENTO CON LA ESPECTROSCOPIA DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRS)

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

1 Introducción

La radioterapia utilizada normalmente en el tratamiento de cáncer cerebral requiere un seguimiento, dado que dicho tratamiento produce lesión por radiación y del tejido normal circundante.

La espectroscopia de resonancia magnética MRS puede ser útil en el seguimiento de los pacientes, en el caso de tumores cerebrales, pudiendo solucionar casos en los que entre la progresión del tumor y los efectos de la radiación. Diferenciando el verdadero progreso del tumor con la interpretación de imágenes avanzadas mediante MRS tras un tiempo de tratamiento.

Al principio a menudo retirando al paciente de la temozolomida bien tolerada y a menudo eficaz para comenzar otra terapia como lomustina puede ser suficiente. Las pautas de interpretación, como la Evaluación de respuesta en neurooncología (RANO), recomienda una interpretación conservadora de los casos en los primeros 3 meses después de completar la radiación, el empeoramiento de las imágenes es una pseudoprogresión siempre que ocurra en el campo de tratamiento de radiación.

Es cuando MRS puede ser una herramienta útil para diferenciar los efectos del tratamiento de la progresión la apariencia del tumor y la necrosis por radiación. En comparación con el tumor progresivo y la necrosis por radiación. Con inconvenientes, con otras combinaciones como MRS y esperando una evolución favorable de dicha tecnología.

2 Objetivos

Dar a conocer el tratamiento de tumores cerebrales mediante radioterapia y su seguimiento a través de MRS

3 Metodología

En lo concerniente a la metodología empleada, se ha llevado a cabo una metodología de triangulación partiendo de las aportaciones de Denzin (1970, 1975, 1989), Morse (1991), Cowman (1993) o Creswell (1994, 2002). De este modo, se han comparado las ya mentadas terapias desde varias perspectivas confrontando distintas fuentes bibliográficas (Espinar et al., 2014). Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica en MEDLINE a través de Pubmed. Los descriptores empleados fueron las palabras clave: “resonancia”, “resonancia magnética”, “espectroscopia”, “MRS”, “radiotherapy”, radiation”.

.

4 Resultados

Tras la determinación de un proceso oncológico y tratamiento a seguir, el tratamiento con radioterapia es uno de los más frecuentes.

En el caso de los tumores cerebrales, tras su diagnóstico mediante marcadores, biopsia, radiografías, ... o de forma ocasional, produce una valoración,

tratamiento, seguimiento y una evaluación , para tratar de dar una solución lo más acertada posible.

La radioterapia es una de las opciones más utilizadas, al principio, durante o como medida única de tratamiento, según la valoración inicial del tumor.

La progresión del tumor y los efectos de la radiación, el empeoramiento tanto del realce posterior al contraste en las imágenes en T1 como del edema hiperintenso FLAIR debido a la lesión por radiación del tumor y del tejido normal circulante. La pseudoprogresión como fenómeno de empeoramiento de las imágenes en su primera fase, después de la radiación, dentro de un periodo de 3 a 6 meses después de haber completado la quimiorradiación.

Se asocia con mejores resultados para los pacientes, diferenciando de la verdadera progresión del tumor, el aumento en este periodo temprano supondría un fracaso en la terapia inicial, requiere un cambio en la terapia que normalmente retira al paciente la temozolomida bien tolerada y normalmente eficaz para iniciar con otra terapia como lomustina, la disminución del tumor supondría un camino inicialmente correcto aunque supone estudio para valorar su seguimiento único o previo a otros posibles.

Las medidas de seguimiento y de interpretación, como la Evaluación de Respuesta en Neurooncología RANO, da una recomendación de seguimiento de interpretación conservador de los casos tras los tres meses posteriores a completar la radiación, el empeoramiento de imágenes nos daría una pseudoprogresión tras realizar un tratamiento de radiación.

Las imágenes avanzadas de todo tipo, incluidas las realizadas con MRS, como técnica de resonancia magnética avanzada que permite una evaluación no invasiva de la composición del tejido, no requiere contraste inyectado, no hay radiación ionizante involucrada, con beneficios obvios de seguridad, combina la resonancia magnética nuclear NMR para diferenciar moléculas y las características de localización de imágenes de la resonancia magnéticas MRI, puede ser una herramienta útil para diferenciar los tratamientos de la progresión del tumor, la apariencia, la pseudoprogresión o la necrosis por radiación retardada en las imágenes por similitud.

La radiación da como resultado una disminución de colina CHO, disminución de N-acetil aspartato NAA y Cr en pacientes con recurrencia del tumor, en comparación del tumor progresivo, la necrosis por radiación también es más probable que muestre elevación en Lip y Lac.

MRS se muestra de manera similar o mejor a otras técnicas avanzadas para evaluar la posible necrosis por radiación. La resolución por RM se muestra como prometedora para necrosis, con hiperfusión de recurrencia del tumor. La tomo-

grafía de positrones PET con F-FDG y C-metionina ha tenido resultados intermedios.

Los enfoques combinados que utilizan MRS con otras imágenes avanzadas pueden tener mejor rendimiento.

El MRS en evaluación y seguimiento de tumores cerebrales tiene limitaciones, la principal es la superposición entre la apariencia espectroscópica de diferentes patologías. La precisión diagnóstica típica estaría entre el 60 y 80%, que debido a la apariencia superpuesta requiere imágenes de seguimiento de 4 a 6 semanas o biopsia quirúrgica de confirmación. Siendo los hallazgos definitivos la principal razón de que MRS no se use con mas frecuencia. La supresión incompleta de agua y lípidos puede oscurecer por completo el diagnostico en su señal.

La obtención de imágenes puede llevar mucho tiempo con la intervención requerida de radiólogo o tecnólogo. Limitaciones en investigación y desarrollo.

Los enfoques de fase 2D y 3D cartesianos convencionales pueden dar datos de excelente calidad, resumen mucho tiempo en la resolución espacial y cobertura del cerebro.

Los tiempos se reducen más mediante enfoques de submuestreo como SENSE o GRAPPA, en estas dimensiones, con la combinación de reducción de agua y lípidos EPSI para mapas espectroscópicos de todo el cerebro de alta resolución en 10 a 18 minutos.

La planificación avanzada del tratamiento es una aplicación de la ERM de todo el cerebro.

En tumores de grado IV con radiación de dosis alta dirigida a la cavidad de resección con contraste residual, la recurrencia puede dar que áreas circundantes no están tratadas por los planes, la estrategia podría ser mejorada con la utilización de MRS, como las zonas con proporción elevada de Cho/NAA, con dosis altas de radiación

5 Discusión-Conclusión

MRS como técnica avanzada, permite evaluar molecularmente la composición del tejido sin contraste ni radiación. Tiene un valor importante en el diagnóstico, tratamiento y la evaluación de pacientes con tumores cerebrales tratados con radiología. Herramienta de resolución de problemas cuando las imágenes convencionales de diagnóstico se superponen.

Limitada su precisión en la superposición de hallazgos de la espectroscopia y la técnica.

MRS interpretada junto con hallazgos de la MRI y otras técnicas avanzadas es cuando se muestra como de mayor utilidad.

La evolución de MRS más rápida y precisa aplicada a aplicaciones novedosas así como a la planificación puede dar un futuro muy prometedor.

La aplicación más frecuente de MRS en el cuidado de tumores cerebrales son diferenciar el tumor de otra patología no neoplásica, grado del tumor y diferenciar a los efectos de la radiación la recurrencia del tumor.

6 Bibliografía

Bottomley PA, Edelstein WA, Foster TH, Adams WA. Espectroscopía de resonancia magnética nuclear de hidrógeno localizada suprimida con solvente in vivo: ¿una ventana al metabolismo? *Proc Natl Acad Sci USA* . 1985

Bottomley PA, Inventor; General Electric Company, assignee. Selective volume method for performing localized NMR spectroscopy. US patent 4480228. October 30th 1984.

Cordova JS, Shu HK, Liang Z, et al. Whole-brain spectroscopic MRI biomarkers identify infiltrating margins in glioblastoma patients. *Neuro Oncol*. 2016

Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.

Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.

Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.

Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.

Ebel A, Maudsley AA. Improved spectral quality for 3D MR spectroscopic imaging using a high spatial resolution acquisition strategy. *Magn Reson Imaging*. 2003

Espinar, K. et al. (2014). “Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria” publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.

ISBN-14: 978-84-617-6403-7

Nakajima T, Kumabe T, Kanamori M, et al. Differential diagnosis between radiation necrosis and glioma progression using sequential proton magnetic resonance spectroscopy and methionine positron emission tomography. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2009

Nassirpour S, Chang P, Avdievitch N, Henning A. Compressed sensing for high-resolution nonlipid suppressed (1) H FID MRSI of the human brain at 9.4T. *Magn Reson Med*. 2018

Nelson SJ, Graves E, Pirzkall A, et al. In vivo molecular imaging for planning radiation therapy of gliomas: an application of 1H MRSI. *J Magn Reson Imaging*. 2002

Nelson SJ, Li Y, Lupo JM, et al. Serial analysis of 3D H-1 MRSI for patients with newly diagnosed GBM treated with combination therapy that includes bevacizumab. *J Neurooncol*. 2016

Siu A, Wind JJ, Iorgulescu JB, Chan TA, Yamada Y, Sherman JH. Radiation necrosis following treatment of high grade glioma—a review of the literature and current understanding. *Acta Neurochir (Wien)*. 2012

Thomas MA, Nagarajan R, Huda A, et al. Multidimensional MR spectroscopic imaging of prostate cancer in vivo. *NMR Biomed*. 2014

Wen PY, Macdonald DR, Reardon DA, et al. Updated response assessment criteria for high-grade gliomas: response assessment in neuro-oncology working group. *J Clin Oncol*. 2010

van Dijken BRJ, van Laar PJ, Holtman GA, van der Hoorn A. Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging techniques for treatment response evaluation in patients with high-grade glioma, a systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2017

Zakhari N, Taccone MS, Torres C, et al. Diagnostic Accuracy of Centrally Restricted Diffusion in the Differentiation of Treatment-Related Necrosis from Tumor Recurrence in High-Grade Gliomas. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2018;

Zhang H, Ma L, Wang Q, Zheng X, Wu C, Xu BN. Role of magnetic resonance spectroscopy for the differentiation of recurrent glioma from radiation necrosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Radiol*. 2014

Zhu X, Ebel A, Ji JX, Schuff N. Spectral phase-corrected GRAPPA reconstruction of three-dimensional echo-planar spectroscopic imaging (3D-EPsi). *Magn Reson Med*. 2007

Capítulo 306

ERGONOMÍA EN EL AMBITO RADIOLÓGICO

MARIA DOLORES BELLON COBO

ANA BELEN ORTEGA GARCIA

RAMIRO RUIZ GARCIA

MARGARITA AMALIA APARICIO VILLALTA

MARIA PAZ LÓPEZ VILLANUEVA JAIME

1 Introducción

La ergonomía es la ciencia de carácter multidisciplinario que tiene como objetivo la adecuación de los productos, sistemas y entornos a las características, limitaciones y necesidades físicas y psicológicas de los usuarios para así optimizar su eficacia, seguridad y confort.

En Tomografía Computada, Resonancia Magnética y en todos aquellos puestos donde nos desempeñamos laboralmente sentados y con computadores, es necesario tener en cuenta que los técnicos de radiodiagnóstico deben velar sobre la ergonomía de los puestos de trabajo, así como de proveer de los elementos adecuados y cumplir con la legislación en la materia. Las lesiones músculo-esqueléticas son el riesgo ergonómico más común entre el personal del servicio de radiología, causado la mayoría de las veces por malas posturas, sobreesfuerzos, movilización inadecuada de pacientes y movimientos repetitivos, a la hora de realizar portátiles ecografías o radiología simple. La fatiga visual se convierte

en un elemento de riesgo para los técnicos que ocupan un puesto en el servicio de tac o resonancia, ya que están expuestos a una pantalla en un periodo prolongado de tiempo provocando cansancio ocular, que puede verse agravado por reflejos o parpadeos molestos, una mala definición de la imagen o unas malas condiciones de iluminación o humedad en el puesto de trabajo.

2 Objetivos

El objetivo principal es describir la importancia de la ergonomía en el ámbito radiológico y como influye esta en el día a día del personal.

3 Caso clínico

Una de las radiólogas del servicio de radiología del hospital acude a consulta de traumatología. La paciente tiene 52 años y refiere que en su trabajo se encarga de realizar ecografías continuamente. Se le diagnostica una disminución de rango articular y dolor del brazo derecho que refiere que empeora con gestos cotidianos en su trabajo como la flexión y abducción del hombro derecho. Se le prescribe una radiografía, en esta se puede observar un buen espacio intraarticular en reposo, no se aprecian hallazgos relevantes.

Se le prescribe una ecografía y en esta observamos un manguito de superficie lisa irregular por hundimiento de su porción, supraespinoso y en relación con rotura. En la exploración los movimientos pasivos hay una disminución de la abducción a partir de 30 grados acompañada de dolor. Rotación interna y externa dolorosa. Y parestesias en territorio del tercer, cuarto y quinto dedos de la mano derecha. Por último, se le prescribe una resonancia magnética para concluir el diagnóstico completamente y se le verifica el diagnóstico de tendinitis o tendinosis de manguitos de rotadores con rotura parcial de supraespinoso. Artritis moderada-severa de acromioclavicular y articulación acromioclavicular con pinzamiento subacromial, así como derrame articular y bursitis subcoracoidea.

Para la mejora de la patología diagnosticada se le recomienda un tratamiento con microondas, sesiones de rehabilitación y ejercicios de tonificación sobre el hombro derecho.

Se llega a la conclusión de que la utilización del equipo y del monitor se producen giros de cuello para visualizar correctamente la imagen y poder manipular los controles, por lo que se abusa de la flexión y abducción del hombro, y de la extensión del codo. Se ejercen distintos tipos de agarre presionando con los dedos

hasta ejercer fuerza con toda la mano siendo el más habitual coger el transductor con el dedo medio e índice por un extremo y el pulgar por el otro.

4 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario tiene especial importancia hablar de ergonomía, puesto que somos los primeros que deberíamos dar ejemplo en cuanto una buena salud laboral, ambiental. Aplicando una serie de medidas y protocolos teniendo en cuenta la seguridad de los trabajadores expuestos a los diferentes riesgos que se pueden dar al ejercer sus actividades en el ámbito laboral entre otras. Aplicando todo lo citado anteriormente, el resultado que se refleja en nuestro servicio laboral también se podrá ver reflejado en las actividades de nuestro día a día, en nuestra sociedad siendo así un beneficio en todos los aspectos y para toda la sociedad.

5 Bibliografía

https://ikastaroak.ulhi.net/edu/es/EME/FOL/FOL05/es_EME_FOL05_Contentidos/website_231_objetivos_de_la_ergonoma_y_la_psicosociologa_aplicada.html

<https://seguridadysaludenhospitales.wordpress.com/ergonomia/917-2/>

<https://www.novages.es/riesgos-ergonomicos-del-personal-sanitario/#::text=Cu%C3%A1les%20son%20los%20riesgos%20ergon%C3%B3micos%20del%20personal%20sanitario&text=Dentro%20de%20las%20dolencias%20m%C3%A1s,de%20fuerza%20o%20de%20movilidad.>

[https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahG](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[QlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[gws-wiz](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[QlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

[gws-wiz](https://www.google.com/search?q=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&newwindow=1&biw=1366&bih=625&sxsrf=ALiCzsasGWfkufRIRF75Aol6Xq4lZVSuKg%3A1656890073255&ei=2SLCYseHD8e8kwWVvKrICA&ved=0ahUKEwiH2P3B7N34AhVH3qQKHRWeCokQ4dUDCA4&uact=5&oq=lesion++laboral+de+m%C3%A9dicos+ecografistas&gs_lcp=Cgdnnd3Mtd2l6EAM6BwgAEEcQsAM6BAgjECc6BwgjELACECc6BAghEApKBahBGABKBahGQlYuh5goyJoAXABeACAAZEBiAHmCJIBAzAuOZgBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gws-wiz)

Capítulo 307

RADIOTERAPIA EN LA LUCHA CONTRA EL CANCER DE PROSTATA

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

1 Introducción

Según nuevos estudios, tras la detección de cáncer de próstata, la elección entre una radioterapia mas intensa en menos días o mas breve pero durante mas tiempo, da un mismo resultado a largo plazo.

Siendo el segundo cáncer de aparición en el hombre, cada vez es detectado con mayor prontitud, y por lo tanto en fases menos avanzadas.

El indice de mortalidad es menor en estas circunstancias pero sigue en un indice estable ya que se detectan mas casos con los métodos de detección, pero las muertes siguen rondando un 14 a 15 % del total de casos detectados.

Tras un tratamiento de cirugía, se plantea la decisión de realizar una radioterapia intensa, en menos tiempo, una radioterapia posoperatoria hipofraccionada de la celda prostática HYPOR, tuvo más efectos secundarios a corto plazo.

En un tratamiento menos intenso, nos muestra menos efectos secundarios a corto plazo pero los mismos o parecidos a largo plazo. Con una duración aproximada

de 7 semanas.

Podemos reducir dos semanas de tratamiento, que para el paciente valora con menos inconvenientes a su forma de habitual de vida, trabajo, desplazamientos, estancias de acompañantes y por lo tanto un valor económico a tener en cuenta, con copagos de aseguradoras, etc.

En algunos pacientes se combinan ambos tratamientos

En los diagnósticos de detección en fases iniciales, en cánceres de Estadios I o II, se puede sugerir radioterapia con haz externo o braquiterapia antes o en lugar de la cirugía

2 Objetivos

Tratar de dar una curación o solución a un paciente, con las diferentes radioterapias posibles dentro de un estudio multidisciplinar en corto y a largo plazo, que evalúe los pros y contras de los tratamientos en radioterapia que se dan como salida la opinión y participación del propio paciente.

3 Metodología

En lo concerniente a la metodología empleada, se ha llevado a cabo una metodología de triangulación partiendo de las aportaciones de Denzin (1970, 1975, 1989), Morse (1991), Cowman (1993) o Creswell (1994, 2002). De este modo, se han comparado las ya mentadas terapias desde varias perspectivas confrontando distintas fuentes bibliográficas (Espinar et al., 2014). Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica en Pubmed. Los descriptors empleados fueron las palabras clave “próstata”, “cáncer de próstata”, “radioterapia”.

4 Resultados

En la atención del cáncer de próstata, como en otros, se trabaja en un equipo multidisciplinario que nos da una mayor garantía a la hora de combatir el cáncer. Se dan paso a las preferencias al paciente y su estado de salud general.

El equipo multidisciplinario estará formado por oncólogos médicos, cirujanos y oncólogos radiólogos, ampliándose en las resoluciones y tratamiento, según el grado de estadios, en la intervención de otros profesionales de la atención médica, entre los que relacionamos a expertos en cuidados paliativos, auxiliares médicos, enfermeros profesionales práctica médica, enfermeros de oncología, trabajadores

sociales, trabajadores sociales, farmacéuticos, asesores, dietistas, fisioterapeutas y otros.

La detección y el diagnóstico, depende, en parte, los síntomas del paciente, sus revisiones periódicas sus antecedentes y de las pruebas realizadas, basadas básicamente en examen de tacto rectal, prueba de antígeno prostático de próstata PSA y Biopsia

Los síntomas que se asocian al cáncer de próstata pueden ser:

Incapacidad de orinar, flujo de orina débil o irregular, dificultad para empezar o parar el flujo de orina, micción frecuente, especialmente de noche, sangre en la orina, ardor al orinar, dolor continuo en la espalda, pelvis y parte superior del muslo.

Los factores de riesgo que pueden contribuir al cáncer de próstata se han determinado en función de la edad, historial familiar con antecedentes, la raza, la dieta o la infección con VPH/VEB virus de Epstein-Barr

La descripción de los tratamientos más frecuentes dependen de varios factores, entre ellos el tipo y estado del cáncer, los efectos secundarios y las preferencias del paciente con influencia en su estado general.

Dependiendo del tratamiento el resultado nos puede dar efectos secundarios urinarios, intestinales, sexuales y hormonales.

Una vez detectado el cáncer, se deberá analizar el nivel de PSA si está subiendo o estable, si el cáncer se ha diseminado por los huesos, su historia clínica y las afecciones médicas del paciente.

El tratamiento dependerá del avance

Para el cáncer inicial estadios I y II al crecer lentamente a lo largo incluso de algunos años, tras el análisis y las recomendaciones dependiendo de salud del paciente, el tratamiento, dando a elegir al paciente, posibilidad de una radioterapia con haz externo o braquiterapia, incluso sin cirugía previa, cirugía y un tratamiento intenso o menos intenso con lo que determino efectos secundarios acorto y largo plazo.

Cáncer de estadio III con un tumor más grande en los que la cirugía y radioterapia no son suficientes, hay que realizar a menudo una cirugía llamada prostatectomía radical incluyendo ganglios linfáticos pélvicos. Aunque en cáncer avanzados reciben radioterapia para tratarlo no siendo concurrente.

La radioterapia adyuvante es el tratamiento que se administra después de la intervención.

Se recomienda una vigilancia activa vigilando los efectos secundarios como disfunción eréctil o incontinencias.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía suele ser el paso previo a un cáncer de próstata, dependiendo de su estadio, se podrá dar radioterapia, antes o en lugar de la cirugía mediante radiología con haz externo o braquiterapia, cirugía y radioterapia con tratamiento mas o menos intensa a elección del paciente, con las indicaciones de los pros y contras en cuanto a los efectos inmediatos y a largo plazo, por parte del médico oncológico o equipo multidisciplinar. En los casos mas avanzados la rescisión total de próstata mas los tejidos adyacentes y ganglios linfáticos es la medida normal con un tratamiento de radioterapia trascurrido el posoperatorio.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 308

RADIOTERAPIA EXTERNA, EQUIPOS DE ULTIMA GENERACION

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

1 Introducción

En la década de 1890 se descubrió los RX y la radioactividad, un gran avance para la física, comenzó los tratamientos con radiaciones ionizantes para luchar contra el cáncer, la radioterapia hoy en día es una de las técnicas de tratamiento muy sofisticadas.

En los tratamientos de radioterapia debe existir una perfecta coordinación entre radiofísicos, su misión es la parte cuantitativa del procedimiento y oncólogos cuyo trabajo consiste en la visión clínica de la radioterapia. Sin la tecnología sería imposible administrar estos tratamientos tan efectivos contra el cáncer, por lo que contamos con equipos muy sofisticados.

Parte de estos accesorios de los equipos son:

- Los aceleradores lineales de electrones, proporcionan haces de electrones y de RX de alta energía, con un rango clínico de hasta 20 MeV (mega electronvoltios), todo ello calibrado por un ordenador.

- El colimador multiláminas, MLC, colima el haz de radiación en formas irregulares, tiene dos carros de láminas opuestos que se mueven independientemente.
- El detector electrónico de imagen portal (EPID), se utiliza para obtener las imágenes digitales de los campos de tratamiento.

Un dato importante a tener en cuenta es que los haces de electrones solo se utilizan en tumores superficiales y en técnicas intraoperatorias, ya que alcanzan unos pocos centímetros en el paciente. Los fotones de RX de alta energía es la radioterapia más utilizada en radioterapia externa, se utilizan uno o varios haces, desde el exterior hacia la zona a tratar del paciente, al atravesar diferentes tejidos y órganos siempre hay que evaluar el daño que se puede ocasionar en las células tumorales y sanas, la magnitud dosimétrica a utilizar es la de la dosis absorbida.

2 Objetivos

Mostrar en la radioterapia externa, sus equipamientos y las técnicas de administración de radioterapia, conocer y seguir la evolución tecnológica, ya que se innova continuamente, siendo una de las técnicas más utilizadas para la lucha contra el cáncer.

3 Metodología

En lo concerniente a la metodología empleada, se ha llevado a cabo una metodología de triangulación partiendo de las aportaciones de Denzin (1970, 1975, 1989), Morse (1991), Cowman (1993) o Creswell (1994, 2002). De este modo, se han comparado las ya mentadas terapias desde varias perspectivas confrontando distintas fuentes bibliográficas (Espinar et al., 2014). Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica en Pubmed. Los descriptores empleados fueron las palabras clave “radiología”, “radioterapia”, “equipos radioterapia”

4 Resultados

Las diferentes técnicas de administración de tratamiento y el equipamiento en la radioterapia externa:

RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL, 3D-CRT

En el año 1890 y 1990 se incorporó los ordenadores y las herramientas informáticas en la radioterapia por lo que se pasó de tener imágenes 2D, RX, a imágenes

médicas digitalizadas en 3D de esta forma se logró un gran avance para planificar los tratamientos de radioterapia.

Con la tomografía computarizada(TC) se estudia la anatomía del paciente, delimitando la zona a tratar, este estudio se suele complementar con la resonancia magnética(RM) o la tomografía por emisión de positrones (PET).

Los volúmenes blancos que delimitan la extensión visible del tumor, que constituye el Volumen de Tumor Macroscópico (GTV, Gross Target Volume), el Volumen Blanco Clínico (CTV, Clinical Target Volume) y el GTV constituyen el margen local de enfermedad subclínica. El nivel de dosis absorbida debe de tener en cuenta los órganos de riesgo (OAR, Organ at Risk) lo cual influirá en la planificación y el nivel de dosis absorbida que se empleará.

Una vez realizado el estudio de volúmenes del paciente se planificará el tratamiento adaptando los diferentes parámetros como el número de haces, ángulo de incidencia, apertura, energía, etc.

RADIOTERAPIA CON MODULACION DE INTENSIDAD (IMRT)

La IMRT mediante la modulación o control de la intensidad de haces de radiación genera distribución de dosis ajustadas a la forma tridimensional.

Se consigue un menor daño en los órganos críticos cercanos, ya que se disminuye la exposición a dosis altas por lo que puede permitir incrementar las dosis aplicadas al volumen blanco y un mayor éxito en el control del tumor.

La planificación del tratamiento se realiza estableciendo dosis mínimas y máximas en el volumen blanco, se utiliza la planificación inversa restringiendo las dosis en los órganos de riesgo.

IMRT CON CAMPOS DE ANGULOS FIJOS

La IMRT con ángulos fijos es la más utilizada, utiliza aceleradores convencionales dotados de colimador multiláminas (MLC). Se utilizan varios haces con intensidad modulada, los ángulos son fijos, no tienen giro, pudiendo generar dosis altamente conformadas.

Existen dos modalidades para modular la fluencia de un haz de RX mediante colimador multiláminas, una tiene múltiples segmentos estáticos, conocida como step-and-shoot, y la otra es la técnica de multiláminas dinámico (dMLC).

TOMOTERAPIA

La técnica de tomoterapia está basada en haz estrecho en forma de abanico que gira alrededor del paciente, modulando su intensidad para diferentes intervalos angulares. Técnica de tratamiento rotacional.

TOMOTERAPIA AXIAL

Dispositivo capaz de implementarse en cualquier acelerador convencional de cualquier fabricante, desarrollado por Mark Carol, básicamente está basado en

un colimador multiláminas binario, compuesto por dos carros de 20 hojas de 1 cm de anchura en isocentro, en las que las láminas solo pueden estar en 2 posiciones, en haz abierto o haz cerrado, que tapara o no el haz estrecho producido por el acelerador, modulando la intensidad que dependerá del tiempo que cada hoja está dentro del campo del haz del abanico.

Durante la irradiación de cada arco, la mesa no se mueve. El tratamiento basado en varios arcos en el que cada uno trata cortes contiguos del paciente hasta cubrir la longitud total del volumen del tratamiento. Con el nombre comercial nomo-STAT con el sistema de planificación inversa CORVUS

TOMOTERAPIA HEL a un equipo de ICOIDAL

Su diseño se aparta de un acelerador convencional recordándonos a un equipo de tomografía axial computerizada en forma de Donut , en su interior un acelerador compacto que gira continuamente, genera un haz de RX de energía nominal de 6 MV. El haz en forma de abanico, con posibilidad de anchura de 1, 2,5 o 5 cm, modulando mediante un colimador multiláminas binario formado por 64 hojas con un espesor de 6,25 mm en isocentro. Las hojas operan de forma binaria, en dos posiciones, completamente abierto o completamente cerrado. El acelerador irradia y gira a una velocidad constante mientras la mesa y el paciente se desplazan longitudinalmente hasta completar la irradiación del volumen a tratar.

CYBERKNIFE

Pensado inicialmente para radiocirugía estereotáxica, está formado por un acelerador de 6MV montado en un brazo robotizado, permitiendo movimientos mayores que los convencionales, permite irradiar el volumen blanco desde cualquier dirección.

Nos da haces colimados circularmente de un diámetro de 5 a 60 mm, sin posibilidad de modular, con dosis similares a los sistemas de IMRT, incidiendo desde un gran número de posiciones y angulos se puede tomar como una IMRT espacial

INTENSIDAD MODULADA VOLUMETRICA EN ARCOTERATIA VMAT

Aceleradores dotados de MLC para realizar tratamientos rotacionales que modifica tanto la apertura del haz, la velocidad de giro y la tasa de dosis. Se consiguen dosis conformadas en menos tiempo que otras técnicas de IMRT, en tomoterapias que realizan la irradiación corte a corte, con esta técnica en una sola rotación se trata el volumen completamente, se puede utilizar arcos coplanares y no coplanares.

RADIOTERAPIA GUIADA POR LA IMAGEN IGRT

En las nuevas técnicas de radioterapia con modulación de intensidad IMRT en las que la dosis se conforma muy ajustada al Volumen Blanco de Planificación PTV, y zonas con alto gradiente de dosis junto con órganos de riesgo. Los tratamientos

de IMRT suelen durar más tiempo y el paciente puede que se mueva a lo largo de la sesión.

Se han diseñado máquinas de tratamiento con sistemas de imagen integrados con lo que surge la radioterapia guiada por la imagen IGRT. Nace para reducir los márgenes de configuración con un manejo más preciso en los movimientos internos. Da la posibilidad de incrementar la dosis que consigue mejorar los objetivos, por otro lado, si inmovilizamos adecuadamente podemos facilitar radiocirugía craneal o extracraneal.

Ya se utilizaban simuladores de RX, imágenes portales de los campos de tratamiento, sistemas de ultrasonidos, etc.

El desarrollo de equipos de tratamiento con imagen integrada o en la misma sala, pueden dar imágenes tridimensionales del tejido blando, incluido el tumoral, dando lugar a la radioterapia guiada por la imagen.

EQUIPOS DE IMAGEN INTEGRADA IGRT

Equipos que integran imagen tomográfica de voltaje y montan un tubo de rayos X y un detector digital en brazos replegables. También hay equipos con detectores digitales situados en techo y suelo de la sala de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La evolución de la radioterapia se encamina a lograr unos tratamientos de radioterapia, dirigidos a la precisión en los tratamientos, tratando de ser más exactos en la intensidad requerida, más rigurosos en las zonas afectadas a radiar salvando los tejidos circundantes que no sean necesarios y a veces situados junto a órganos de alto riesgo, tratándonos de reducir el tiempo de exposición y las sesiones a realizar al paciente, servirnos como método radiocirugía, ver el seguimiento en el tiempo de intervención y el seguimiento sesión a sesión, con apoyos digitales y computerizados que nos dan una imagen en 2 y 3 dimensiones, que permiten que los enfermos puedan tener pequeños movimientos involuntarios debidos a las largas sesiones, tratando de dar una mejor calidad de vida a los pacientes y mejores resultados.

6 Bibliografía

Adler JR, Murphy MJ, Chang SD, Hancock SL. Image-guided robotic radiosurgery. Neurosurgery 1999

Chang SD, Adler JR. Robotics and radiosurgery-The Cyberknife. Stereotact Funct Neurosurg 2001

Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.

Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.

Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.

Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.

Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.

ISBN-14: 978-84-617-6403-7.

Guckenberger M, Meyer J, Wilbert J, Baier K, Sauer O, Flentje M. Precision of image guided radiotherapy (IGRT) in six degrees of freedom and limitations in clinical practice. *Strahlenther Onkol* 2007;

Kuo JS, Yu C, Petrovich Z, Apuzzo ML. The CyberKnife stereotactic radiosurgery system: Description, installation, and an initial evaluation of use and functionality. *Neurosurgery* 2003;

McKenzie AL, van Herk M, Mijnheer B. The width of margins in radiotherapy treatment plans. *Phys Med Biol* 2000

Mackie TR, Holmes T, Swerdloff S, Reckwerdt P, Deasy JO, Yang J et al. Tomotherapy: A new concept for the delivery of dynamic conformal radiotherapy. *Med Phys* 1993

Nyström H, Thwaites D. Physics and hightechnology advances in radiotherapy: Are they still worth it? *Radiother Oncol* 2008

Polat B, Guenther I, Wilbert J, Goebel J, Sweeney RA, Flentje M et al. Intra-fractional uncertainties in image guided intensity modulated radiotherapy (IMRT) of prostate cancer. *Strahlenther Onkol* 2008

Capítulo 309

EFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

NOELIA CAMPO DE LAMO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

SILVIA MARTIN HERRERO

1 Introducción

La radioterapia es un tratamiento para muchos tipos de cáncer de forma muy relevante y eficaz.

Al igual que otros tratamientos invasivos normalmente causan efectos secundarios de forma habitual. Todo dependerá del estado el paciente, siendo la respuesta diferente en cada persona. Dependerá del tipo de cáncer, dosis estimadas a tratar de radioterapia, la ubicación del cáncer y estadio del mismo, estado de salud general del paciente y de otros puntos que pueden determinar efectos secundarios no previstos.

Estos efectos vienen como resultado de destruir células cancerosas y de los tejidos sanos cerca de la zona de radiación.

Se ha avanzado mucho en los últimos años, lo que ha hecho que la radioterapia sea más precisa reduciendo los efectos secundarios. Hay personas que tienen pocos o incluso hay personas que no tienen ninguno, o no los llegan a notar.

Los efectos secundarios como consecuencia de la radioterapia suelen aparecer durante la segunda o tercera semana de tratamiento. Puede durar varias semanas incluso después del tratamiento. Los hay a largo plazo pero todos pueden ser previstos por el equipo multidisciplinar que aconsejará y asesorará previamente al paciente. Será como un tratamiento de apoyo y se denominan cuidados paliativos.

Estos efectos secundarios van desde los cambios de piel a la fatiga, sin tener en cuenta los efectos a largo plazo.

2 Objetivos

Dar a conocer y valorar los efectos secundarios que pueden producirse tras un proceso de radioterapia.

3 Metodología

En lo concerniente a la metodología empleada, se ha llevado a cabo una metodología de triangulación partiendo de las aportaciones de Denzin (1970, 1975, 1989), Morse (1991), Cowman (1993) o Creswell (1994, 2002). De este modo, se han comparado las ya mentadas terapias desde varias perspectivas confrontando distintas fuentes bibliográficas (Espinar et al., 2014). Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica en MEDLINE a través de Pubmed. Los descriptores empleados fueron las palabras clave: “radioterapia”, “efectos radioterapia”, “radiotherapy”, “radiation”.

4 Resultados

La radioterapia afecta a la zona del cuerpo a la zona dirigida, se considera un tratamiento local, los efectos secundarios dependen en buena parte de la zona a tratar y del estado de salud del paciente.

Algunas personas que reciben radioterapia sufren sequedad, picazón o descamación de la piel, o tienen ampollas. Estos cambios en la piel dependen de la parte del cuerpo a tratar y suelen desaparecer trascurridas unas semanas después del tratamiento. Se puede cambiar el plan del tratamiento si así lo estima el médico, si las lesiones se vuelven un problema serio, o se pueden aliviar con lociones o cremas que deben ser consultadas con el médico oncólogo.

El cansancio o agotamiento casi constante es uno de los efectos más habituales y se denomina fatiga. Dependerá de su plan de tratamiento de la combinación con otros tratamientos como la quimioterapia.

Los efectos secundarios a largo plazo desaparecen tras el tratamiento, otros reaparecen o se desarrollan más tarde, también denominan efectos tardíos. El riesgo es bajo frente al beneficio del tratamiento.

Según la zona a tratar los efectos son diferentes o típicos de la zona

- Cabeza y cuello: caída del cabello, caries, sequedad bucal, llagas en la boca y en las encías, dificultad para tragar, rigidez en la mandíbula, náuseas o inflamación denominada linfedema.
- Tórax: dificultad para tragar, falta de aliento, dolor en las mamas o los pezones, rigidez en los hombros, tos, fiebre y opresión torácica, lo que se conoce como neumonitis por radiación, fibrosis por radiación, que provoca la formación de cicatrices permanentes en los pulmones causadas por una neumonitis por radiación no tratada.
- Estómago y abdomen: pérdida del apetito, náuseas y vómitos, calambres intestinales, heces líquidas o diarrea.
- Pelvis: heces líquidas o diarrea, sangrado rectal, incontinencia, irritación de la vejiga, problemas sexuales en hombres, como la disfunción eréctil, menor recuento de espermatozoides y menor actividad del espermatozoide. Esto puede deberse a la radioterapia en los testículos o la próstata. Puede afectar su capacidad para tener hijos. alteraciones en la menstruación, como dejar de menstruar, síntomas de la menopausia, como picazón vaginal, quemazón, sequedad y otros cambios en la salud sexual en mujeres, si ambos ovarios reciben radioterapia, es posible que presente infertilidad.

5 Discusión-Conclusión

Los efectos secundarios tras un tratamiento de radioterapia son algo frecuente y muy diversos.

Van a depender de muchos factores y circunstancias, siendo la respuesta de cada paciente diferente y singular, estos efectos le van a ser informados de forma previa por el equipo multidisciplinar de oncología, aunque la respuesta personal de cada paciente es diferente y no previsible en su totalidad, va a depender del estadio del cáncer, zona a tratar, intensidad y método de la radioterapia a realizar, estado de salud del paciente y otros muchos factores con menos importancia pero que también influyen.

Todos ellos ya están descritos como posibles, suelen desaparecer tras unas semanas después de la radioterapia, pero la respuesta es en cada caso es diferente, hay pacientes que no llegan a desarrollar ningún efecto secundario o no lo notan, hay otros con múltiples efectos y algunos con efectos a largo plazo que continúan tras el tratamiento, reaparecen o se desarrollan más tarde.

6 Bibliografía

Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.

Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.

Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.

Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.

Ebel A, Maudsley AA. Improved spectral quality for 3D MR spectroscopic imaging using a high spatial resolution acquisition strategy. *Magn Reson Imaging*. 2003

Espinar, K. et al. (2014). “Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria” publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.

ISBN-14: 978-84-617-6403-7

Capítulo 310

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER

KATRINA ESPINAR HERRANZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

SILVIA MARTIN HERRERO

NOELIA CAMPO DE LAMO

1 Introducción

El cáncer cada vez es más prevalente, teniendo efectos tanto en lo sanitario como en lo psicosocial, aunque las incidencias de cada cosa son más frecuentes en un sexo u otro, siendo el de pulmón el que más mortalidad tiene, el de mama más frecuente en mujeres y el de próstata en hombres. No obstante, todo depende de la edad, raza, factores geográficos y características genética. La mayor parte son de aparición esporádica, aunque hay predisposición a algunos.

Los tumores benignos son similares al tejido de origen, estando bien diferenciados, tienen un crecimiento lento, están bien delimitados y permanecen en su lugar de origen. Todo esto son características contrarias a los tumores malignos. No obstante, hay que tener que discernir las masas inflamatorias de las neoplasias en el diagnóstico diferencial.

Según el tejido del que vengan, tenemos carcinomas (epitelios), sarcomas (tejido de sostén), linfomas-leucemias (hematopoyéticos) o del neuroectodermo. Normalmente, las neoplasias comienzan por alteraciones preneoplásicas, como son

la hiperplasia (aumento del número de células) o la displasia (proliferación excesiva con diferenciación).

Las células tumorales tienen unas ciertas características especiales:

- Pérdida del control del crecimiento celular por pérdida de capacidad de apoptosis o por multiplicación sin freno. Es decir, un desbalance entre muerte celular y división celular es característico de las células tumorales.

- Capacidad de diseminación, ya sea a nivel de invasión local o por metástasis a través de vasos, vasos linfáticos o por siembra.

Además, para tipificar los tumores histológicamente, se va a evaluar la diferenciación celular (polaridad celular, núcleos, mitosis, necrosis), grado histológico y el ciclo celular.

2 Objetivos

- Estudiar la historia natural del cáncer.
- Determinar, de forma genérica, las características de los tumores malignos.
- Exponer las características de las células tumorales.

3 Metodología

En lo concerniente a la metodología empleada, se llevará a cabo una metodología de triangulación partiendo de las aportaciones de Denzin (1970, 1975, 1989), Morse (1991), Cowman (1993) o Creswell (1994, 2002). De este modo, compararemos las ya mentadas terapias desde varias perspectivas confrontando distintas fuentes bibliográficas (Espinar et al., 2014). Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica en Pubmed. Los descriptores empleados fueron las palabras clave.

4 Resultados

La base de la carcinogénesis viene del daño al material genético no mortal a modo de mutaciones, que pueden venir dadas por factores ambientales o por herencia en línea germinal. Estas mutaciones se pueden dar en protooncogenes para generar oncogenes, que son genes que inducen la proliferación celular por la producción de oncoproteínas. También se pueden dar mutaciones en genes supresores de tumores, que nos protegen contra estos, pero su inactivación hace que se pueda desarrollar la célula neoplásica.

Las características principales de las células tumorales son:

- Autosuficiencia en señales de crecimiento. Expresión de factores de crecimiento, receptores a factores de crecimiento, transmisión de señales, ciclinas mutadas...
- Insensibilidad a inhibición de crecimiento. Inactivación de supresores de tumores.
- Evasión de la apoptosis. Muy activado en los linfomas.
- Potencial ilimitado de replicación. Alteración de puntos de control del ciclo celular o desarrollo de telomerasas.
- Desarrollo de angiogenia sostenida. Permite nutrir el tumor, dado que son células con grandes requerimientos nutricionales. Sintetizan factores angiogénicos.
- Capacidad para invadir y metastatizar. En neoplasias malignas, con inactivación de uniones intercelulares, degradación de membranas basales/matriz intersticial e invasión de vías de diseminación. Normalmente las células tienen cierto tropismo.

De este modo, resulta fundamental seguir unos criterios para la adopción de estrategias de cribado. Por lo que para que una técnica diagnóstica se convierta en una técnica de screening debe cumplir una serie de criterios:

☒ La enfermedad buscada debe ser un problema sanitario importante, es decir, un gran porcentaje de la población debe estar en riesgo de contraerla. Es obvio que el cáncer de próstata es un problema importante, y el cáncer de cérvix lo era, aunque ya no lo es gracias a la citología.

☒ Debe existir un tratamiento para la enfermedad que se diagnostica. ¿Para qué vamos a detectar una enfermedad frente a la que no podemos hacer nada?

☒ Debe existir un cambio abismal del pronóstico si se diagnostica la enfermedad en fases precoces. En el cáncer de mama y de pulmón la supervivencia asciende al 95%; vale la pena la detección porque se cura.

☒ La técnica debe ser viable para el sistema de salud. No te vas a poner a hacer una RM a toda la población, primero porque hay pocos equipos y segundo porque gastaríamos mucho dinero.

☒ La prueba debe ser inocua o no causar demasiado daño al paciente. Por ejemplo, la citología no es agradable pero no genera un daño cruento, para la determinación de PSA te pinchan, pero no es invasiva. Por el contrario, la cistoscopia que se usa para diagnosticar el cáncer de vejiga no es demasiado agradable y por ello su uso como prueba de screening no es muy aceptado.

☒ El coste de la búsqueda de casos debe equilibrarse económicamente en relación con los posibles gastos totales en atención médica.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer ya es una causa importante de muerte en muchos países de altos ingresos y en un futuro cercano será una causa importante de morbilidad y mortalidad en todas partes del mundo en las próximas décadas, independientemente del nivel de recursos.

Para finalizar, cabe destacar que en los países con IDH alto (Índice de Desarrollo Humano), la proporción de la población sobreviviente del cáncer es mucho más alta que en los países de niveles bajos o medios. Por tanto, cabría preguntarse si esto es una cuestión ética y hasta qué punto los factores socioeconómicos inciden en la ya mentada historia natural del cáncer en un individuo.

6 Bibliografía

Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.

Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.

Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.

Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.

Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.

ISBN-14: 978-84-617-6403-7.

Morse, J.M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Methodology Corner. Nursing Research*, 40(1), 23-45.

Capítulo 311

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER

KATRINA ESPINAR HERRANZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

SILVIA MARTIN HERRERO

NOELIA CAMPO DE LAMO

1 Introducción

La prevención primaria es evitar exposición a factores, siendo así la prevención propiamente dicha, mientras que la prevención secundaria es el diagnóstico precoz.

Se aproxima que, con el conocimiento actual se pueden prevenir entre el 33-50% de los tumores diagnosticados actualmente. En primer lugar, es importante mejorar la seguridad en los puestos de trabajo, evitando exposiciones a agentes cancerígenos, mejorando también la contaminación ambiental, como con el control del agua o el aire.

Otro punto muy importante es ese 16% asociado a infecciones, que se pueden atacar desde la prevención con la vacunación. Además, se ha visto que tienen efectos en reducir la mortalidad por estas afecciones asociadas a virus del papiloma humano (VPH), virus de la hepatitis B (VHB), etc.

El desarrollo de una buena dieta, control del peso corporal, y el ejercicio físico son claves para un buen estado de salud, y esto incluye la reducción del riesgo de cáncer. A este campo de hábitos de vida saludable, podemos añadir la reducción del consumo de alcohol a menos de 2 bebidas alcohólicas al día en varones y una en mujeres. También se está intentando reducir el consumo del tabaco, pues es un gran factor de la carcinogénesis, siendo lo más eficaz el aumento de impuestos en cigarrillos.

Muchos de los factores asociados a radiaciones se basan en la protección solar sobre cáncer de piel y melanoma. No obstante, es más importante aún el uso responsable de las radiaciones ionizantes en servicios médicos. Los factores genéticos no los podemos controlar, pero ante sospechas genéticas podemos realizar pruebas y hacer un estudio por el consejo genético. A las familias pertinentes, se les dará un sistema de seguimiento y asesoramiento.

En todo esto, es crucial la educación de la población general.

2 Objetivos

- Determinar el papel de la prevención primaria en el cáncer.
- Conceptualizar la prevención del cáncer.
- Determinar qué es el diagnóstico precoz del cáncer y su utilidad.

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 screening, despistaje o cribaje son términos no propios para el diagnóstico precoz, siendo el término correcto el cribado. El cribado es el proceso por el cual podemos definir si una persona necesita pruebas diagnósticas o educación en señales de advertencia.

Un ejemplo claro es el cribado para cáncer de mama, que, todas las mujeres deberían autoexplorarse, pero no ha reducido la mortalidad. No obstante, la mor-

talidad se ha conseguido reducir con las mamografías, pues se tiende a adelantar el diagnóstico por cribado cada 2 años a partir de los 25 años. No obstante, si hay riesgo genético, hay unas indicaciones especiales. Otro ejemplo sería el cribado de cáncer de cérvix por VPH en mujeres de entre 25 y 65 años, con citologías cada 3 años. El cáncer de colon se hace un test de sangre oculta en heces cada dos años en mujeres y hombres de entre 50-69 años, que, si es positivo, se realiza una colonoscopia para ver si hay pólipos o causas malignas del sangrado.

Hay otros tumores que, por varios motivos, no podemos hacer cribado a la población, y por lo tanto hay que concienciar a la población en señales de alerta de melanomas, cánceres de cavidad oral, piel, etc. Por ejemplo, la inspección visual de la cavidad oral disminuye la mortalidad del cáncer de cavidad oral en consumidores de alcohol y/o tabaco. Otro ejemplo sería la tomografía computarizada (TC) a dosis bajas en grandes fumadores para la detección del cáncer de pulmón.

Por otro lado, la medición de PSA no está indicada en rutina, pues lleva a sobre-diagnóstico y sobretratamiento sin beneficiar la supervivencia. De esta forma, se mide PSA en hombres con más de 10 años de expectativa de vida a partir de los 50 años o con antecedentes familiares a partir de los 45 años.

5 Discusión-Conclusión

La prevención primaria juega un papel fundamental. Además, esta es de bajo coste para el individuo y puede ser llevada a cabo sin la necesidad de una intervención médica. Sin embargo, para que esta se lleve a cabo, es necesario que la población, en general, conozca de qué se trata a través de una educación para la salud.

Amén de esto, la prevención secundaria también juega un papel muy importante en la prevención y detección del cáncer. La detección temprana determinará el éxito (o no) del tratamiento oncológico en gran medida. Por este motivo, resulta de gran interés que se haga una gran inversión en la misma para llevar a cabo los screening poblacionales necesarios.

6 Bibliografía

- Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.
- Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

- Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.
- Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.
- Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.
- Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.
- ISBN-14: 978-84-617-6403-7.
- Morse, J.M. (1991). *Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation*. *Methodology Corner. Nursing Research*, 40(1), 23-45.

Capítulo 312

FACTORES PRONÓSTICOS Y DE SEGUIMIENTO EN ONCOLOGÍA

KATRINA ESPINAR HERRANZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

SILVIA MARTIN HERRERO

NOELIA CAMPO DE LAMO

1 Introducción

Los factores pronósticos en oncología son datos que nos dan información sobre la evolución que va a tener el paciente durante y después de una patología. El pronóstico de un paciente dependerá de la historia natural de la enfermedad (cómo se desarrollaría si no hiciésemos nada) y del curso clínico (cómo se desarrolla bajo atención médica).

Pueden ser medidas cualitativas (más subjetivas) o cuantitativas según el tipo de magnitud. Dentro de los factores cuantitativos podemos tener supervivencia global, supervivencia del cáncer específica, control locorregional, supervivencia libre de enfermedad, tasa de respuestas, tasa de recidivas, etc. No obstante, no son lo mismo que los factores de riesgo, pues los factores pronósticos nos indican cómo se desarrollará la enfermedad una vez la tenemos, no el riesgo que nos aporta cada factor a desarrollarla.

Los factores pronósticos pueden ser de dos tipos según sus características:

- Explicativos: relación causa-efecto. Por ejemplo, tumor grande, peor pronóstico.
 - Predictivos: hay una relación no causal. Si aparecen predicen un desarrollo de la enfermedad, pero si los cambias, no modificas el curso de la enfermedad.
- También podemos diferenciar los factores pronósticos según con qué se relacionen: o Asociados al paciente: edad según cada neoplasia, sexo, cariotipo, hábitos de vida del paciente, situación socio-cultural, estado psicológico, estado inmunitario, comorbilidades, estado general y sintomatología (síndrome constitucional).

2 Objetivos

Los objetivos son:

- Determinar qué son los factores pronósticos en oncología.
- Caracterizar los factores pronósticos explicativos y predictivos en oncología.

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

Algunos de los otros factores pronósticos a tener en cuenta, además de los expuestos anteriormente, según la literatura científica, son:

- ☒ Asociados a la neoplasia: son los más importantes. Son la localización anatómica, aspecto macroscópico, marcadores sanguíneos (pueden aumentar con benigno), extensión tumoral combinando TNM y grado tumoral, y la anatomía patológica que incluye tipo histológico, diferenciación, permeación linfática/vascular, células circulantes e inmunohistoquímica. Recientemente, AP también se encarga de estudiar los oncogenes, que también son factores pronósticos.
- ☒ Asociados al tratamiento: hay que saber que, hay tumores que podemos curar y otros que no son curables, pero podemos paliar los síntomas. El tratamiento depende de la técnica, dosificación y tiempos adecuados.

☒ Factores moleculares predictivos: estudios genéticos que se desarrollan para evaluar las alteraciones genéticas de cada paciente, para dar información para la toma de decisiones.

Todo esto nos aporta mucha información de cara a predecir la evolución del paciente, comprender lo que sucede, comparar resultados de tratamientos, estratificar, diseñar ensayos, seleccionar tratamientos, buscar nuevos factores y elaborar índices pronósticos.

Consecuentemente, el seguimiento se asocia a controles de la evolución del paciente cada ciertos periodos de tiempo, y debe ser un seguimiento personalizado. Con esto, buscamos la recuperación completa de los efectos agudos del tratamiento (hasta 3 primeros meses del tratamiento oncológico), monitorizar la respuesta al tratamiento, detectar recidivas de forma precoz, detectar complicaciones tardías, detectar otros tumores, y, principalmente, dar apoyo emocional y buscar mejorar su calidad de vida.

No obstante, no se deben hacer pruebas innecesarias durante el seguimiento, pero lo importante es que deben solicitarse pruebas en función del paciente y la patología tumoral. Las pruebas que se tienden a solicitar son analíticas, pruebas de imagen, endoscopias, punciones diagnósticas e interconsultas a otros especialistas.

5 Discusión-Conclusión

En ocasiones, pueden surgir problemas en el seguimiento del paciente oncológico que, como profesionales sanitarios, hemos de tener en cuenta con el fin de tener estrategias para abordarlos.

A este respecto, los problemas del seguimiento pueden asociarse, por un lado, al paciente en sí mismo porque este padezca de estrés, de problemas económicos, o experimente una elevada toxicidad por las pruebas o un deterioro de la calidad de vida. Por otro lado, pueden asociarse al médico, por la falta de recursos, sobrecarga asistencial y estrés. Y, además de esto, también se asocia, con frecuencia, a las limitaciones del sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.
- Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

- Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.
- Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.
- Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.
- Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.
- ISBN-14: 978-84-617-6403-7.
- Morse, J.M. (1991). *Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation*. *Methodology Corner. Nursing Research*, 40(1), 23-45.

Capítulo 313

DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO DE EXTENSIÓN EN ONCOLOGÍA

KATRINA ESPINAR HERRANZ

MARIA PALOMA HERRANZ GONZALEZ

LAURA SALGADO MÉNDEZ

SILVIA MARTIN HERRERO

NOELIA CAMPO DE LAMO

1 Introducción

La anamnesis y la exploración física completa en oncología, como en cualquier especialidad, son la base del diagnóstico para desarrollar la sospecha clínica. No obstante, tenemos distintos métodos diagnósticos para patología y por radiología. Por ello, en patología, es fundamental obtener una muestra adecuada, representativa, y que se debe conservar adecuadamente. Tenemos distintos tipos de obtención de muestras:

- Biopsia excisional. Método más fiable en diagnóstico de cáncer para estudiar el tejido tumoral al microscopio con pequeña intervención quirúrgica asociada a anestesia. Hay que fijar la muestra con formol o por congelación.
- Punción-aspiración con aguja fina. Aspiración de células de una masa seguido de examen citológico del frotis, usado en glándulas tiroides, glándulas salivales y ganglios linfáticos. Es bastante rápido y fiable, aunque da problemas en estructuras más fibrosas.

- Citología exfoliativa. Método de cribado muy importante siendo muy sensible y de bajo coste, sobre todo, en el cáncer de cérvix, aunque también en el de mama o en el de pulmón.

Una vez se obtiene la muestra y se estudia bajo microscopio, tenemos distintos métodos para evaluar características de los tejidos en estudio. Ejemplos de esto son:

- Inmunohistoquímica. Detección de proteínas a través de anticuerpos con de forma directa o indirecta para detectarlas en la muestra.
- Citometría de flujo. Técnica que nos permite precipitar moléculas en suspensión en la célula, lo que también nos indica ciertas características de las células tumorales.
- Métodos bioquímicos. Determinación de marcadores en sangre de tumores, que no son de diagnóstico definitivo, pero se asocian a ver si hay diseminación o a la hora del seguimiento de un tumor. Pueden estar elevados en situaciones benignas.

El diagnóstico molecular también es un grupo de técnicas muy utilizado de cara a la obtención de perfiles de expresión del tumor. Las técnicas de citogenética sobre tejido extraído aún se utilizan, pero la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ha ido tomando más importancia en este campo. Tenemos:

- Técnicas de hibridación. Unión de hebras complementarias de ADN de origen distinto para buscar moléculas específicas de ADN. Hay muchas posibilidades, pero el FISH (hibridación in situ) ha cobrado gran importancia en el cáncer de mama Her2.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Separación de la cadena de ADN, hacemos copia con un cebador, y se generan muchas copias con la polimerasa para amplificar el número de copias, pudiendo así estudiar el ADN en cuestión. La biopsia líquida se basa en una muestra de sangre en la que detectamos residuos de las células tumorales que viajan en sangre, de forma que nos podemos adelantar a la formación de metástasis. También tendríamos la secuenciación genética completa.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es determinar cuáles son los métodos de diagnóstico y extensión que se emplean en oncología.

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 pruebas de imagen radiológica van a ser importantes para evaluar la localización, tamaño y extensión de la enfermedad. Tenemos radiografías (pulmón), mamografías, ecografías (hígado), endoscopias, gammagrafías (metástasis óseas), tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) y tomografía por emisión de positrones- tomografía computarizada (PET-TC) (torácico y esfera orofaríngea). Cabe mentar que antes de comenzar cualquier tratamiento oncológico, debemos asegurarnos de que lo que queremos tratar es un tumor. El diagnóstico del cáncer es histológico, salvo en casos concretos como tumores del tronco cerebral en niños, pues es una zona muy delicada de manejar (no podemos obtener muestra de tejido) y la imagen radiológica es suficientemente clara. En el resto de los casos, la muestra se puede obtener mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y biopsia (incisional, guiada o dirigida, excisional o a cielo abierto).

Una vez hecho el diagnóstico histológico, el siguiente paso es la estadificación, que aporta información veraz sobre la extensión del tumor y favorece y optimiza el tratamiento. Algunas técnicas quirúrgicas de estadificación son la biopsia de ganglio centinela, la laparotomía exploratoria y la mediastinoscopia.

Después, podemos recurrir a tratamientos locorregionales (cirugía y radioterapia) o tratamientos sistémicos (quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapias biológicas) para curar el cáncer. En este tema hablaremos de los últimos, que en los tumores localmente avanzados se suelen asociar a radioterapia y cirugía para disminuir el riesgo de metástasis a distancia. Está comprobado que los tratamientos sistémicos son efectivos para reducir el riesgo en algunos cánceres como el de mama o de colon, pero en otros tumores su uso es bastante controvertido.

No obstante, cabe mentar que al igual que la cirugía, los tratamientos sistémicos pueden aplicarse en todas las fases de la enfermedad neoplásica. Estos pueden ser en forma de quimioprevención, de adyuvancia o de uso paliativo.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico y extensión en oncología son fundamentales para establecer qué tipo de tratamiento va a seguir el paciente, en el caso de que la balanza beneficio-riesgo sea favorable a este.

Una vez recibido este tratamiento, es muy importante que un paciente oncológico entre en un programa de seguimiento (follow-up, surveillance), más o menos frecuente y duradero en el tiempo, en función del tipo del tumor y de las características del paciente.

Los seguimientos deben ser personalizados. Esto supone una parte muy importante de actividad asistencial para todos los médicos especialistas implicados en el tratamiento del cáncer (cirujanos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos), como para los médicos de atención primaria y los médicos de las unidades de cuidados paliativos (carga asistencial).

En general, se realizan visitas de control cada 3 o 4 meses durante los primeros 2-3 años y posteriormente cada 6 meses hasta completar 5 años, continuando con visitas anuales hasta completar 10 años o más como ocurre en el caso de los niños.

6 Bibliografía

Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.

Cresswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage.

Denzin, N. K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine Publishing.

Denzin, N. K. (1975). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw Hill.

Denzin, N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.

Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License. Disponible en <http://amieedu.org/actascimie14/?cat=21>.

ISBN-14: 978-84-617-6403-7.

Morse, J.M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Methodology Corner. Nursing Research*, 40(1), 23-45.

Capítulo 314

CONSECUENCIAS DEL TRABAJO A TURNOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

RAÚL ANTOLÍN ORTEA

1 Introducción

El artículo 36.3 del Estatuto de los Trabajadores, define el trabajo a turnos como: “Toda forma de organización del trabajo en equipo según el cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas”.

El trabajo en el ámbito hospitalario, es una actividad que requiere ser atendida las 24 horas del día. Sus trabajadores, ya sean personal sanitario o no sanitario en la mayoría de los casos realiza su trabajo en jornadas a turnos.

Si comparamos este sistema de programación laboral con las personas que trabajan siempre en horario estándar, trabajar a turnos implica la aparición de más riesgos para la salud de los trabajadores y más en aquellos profesionales que añaden el horario nocturno a su jornada laboral, lo que conlleva para ellos la aparición de trastornos del sueño, perturbaciones en los hábitos alimentarios y un mayor riesgo de padecer sobrepeso y obesidad.

Diferentes investigaciones realizadas, afirman que el trabajo a turnos aumenta un 37 % el riesgo de padecer enfermedad coronaria. Afectando en mayor medida

a las mujeres y a las personas que no realizan ningún tipo de actividad física con un alto índice de sedentarismo.

2 Objetivos

Explicar las consecuencias negativas para la salud del trabajo a turnos en los trabajadores del ámbito hospitalario, detallando algunas pautas a seguir para minimizar estas consecuencias.

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.

Utilizando palabras clave específicas como: hábitos nutricionales, salud hospitalaria, prevención de riesgos laborales, trabajo a turnos, nocturnidad y trastornos del sueño.

4 Resultados

Según una encuesta de la Unión Europea, aproximadamente uno de cada cinco trabajadores trabaja a turnos.

El trabajo a turnos, exige mantener el organismo activo en momentos en que necesita descanso. Nuestro organismo está programado para trabajar de día y descansar de noche.

La turnicidad obliga al trabajador a cambios constantes de sus biorritmos, manifestándose los primeros síntomas en alteraciones de los hábitos alimentarios provocando a largo plazo consecuencias más graves con enfermedades gastrointestinales, neuro psíquicas y cardiovasculares.

A continuación, se describen estas consecuencias de manera más detallada:

- Trastornos gastrointestinales: Las personas necesitamos al menos tres comidas diarias.

Este tipo de horarios de trabajo, dificultan la manera de alimentarse de una forma sana y ordenada provocando malos hábitos alimentarios, llegando a ser significativo la relación directa del trabajo a turnos con un aumento en los casos de obesidad con el consiguiente riesgo cardiovascular.

- Alteraciones del ritmo sueño-vigilia: El cuerpo humano, necesita dormir alrededor de siete horas al día para recuperarse de la fatiga diaria a la que está sometido. En el trabajo a turnos el sueño se ve notablemente alterado y adaptarse plenamente al cambio horario resulta prácticamente imposible, repercutiendo en el rendimiento en las actividades restantes y dando como resultado un trabajador fatigado y somnoliento, así como un mayor riesgo en la aparición de altos valores de colesterol.
 - Alteraciones hormonales: Los niveles de cortisol se ven alterados y aparecen en un número más elevado en trabajadores de turno nocturno y turnos rotativos. El cortisol es una hormona que se segrega en situaciones de estrés, un nivel elevado produce aumento de apetito, mayor acumulación de grasa y, por tanto, aumento de peso.
 - Alteraciones cardiovasculares: Como ya apuntábamos a la hora de describir los trastornos gastrointestinales, el aumento de peso provoca para la salud, un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- A parte de este factor, también existe una elevación de la tensión arterial sistólica durante la jornada laboral, haciendo aumentar la presión de la sangre en la arteria cuando se contrae el corazón, así como mayor presencia de latidos ventriculares prematuros y de la frecuencia cardiaca en general.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), recomienda unas pautas a seguir para mejorar las condiciones del trabajo a turnos, alguna de ellas son las siguientes:

- Aumentar las pausas y tiempos de descanso.
- Establecer pausas para la ingesta de comidas calientes, no menores a 45 minutos.
- Establecer un calendario de turnos conocido con suficiente antelación para organizar la vida social.
- Evitar los turnos dobles, asegurando el relevo.
- Vigilancia de la salud.
- Establecimiento de un límite de tiempo máximo de años de trabajo a turnos y limitaciones de edad para acceder a la turnicidad.

5 Discusión-Conclusión

Con la redacción de este capítulo se pretende resaltar las consecuencias negativas que produce el trabajo a turnos para los trabajadores que lo ejercen en el ámbito hospitalario.

Tanto el personal sanitario, como no sanitario, pasan un tercio de su tiempo en

el lugar de trabajo. Esto conlleva un desgaste físico, psíquico y emocional dificultando la conciliación de su vida familiar y social y que termina afectando al bienestar general del trabajador y también a su salud ocasionando en muchos casos un incremento de los accidentes laborales.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), afirma que el personal que trabaja en el turno de noche pierde cinco años de vida por cada quince de trabajo. Por ello resulta de vital importancia la implementación de medidas de mejora que garanticen la prevención de riesgos y controlen las posibles consecuencias negativas que puedan surgir en la salud de las personas que realizan su jornada laboral a turnos.

Unos horarios a turnos rotativos correctos establecidos respetando los ritmos biológicos y regulando los ciclos del sueño, permitiría mejorar la calidad de vida de los trabajadores y ganar en calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Base de datos de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. Base de datos de Scielo: <https://www.scielo.org/es/>.
3. Base de datos de Pudmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
4. Base de datos de Elsevier: <https://www.elsevier.com/es-es>.
5. IMF Blog de PRL: <https://blogs.imf-formacion.com/actualidad-laboral/consecuencias-del-trabajo-turnos-sobre-la-salud/>.
6. Aspy Prevención: <https://www.aspyprevencion.com/trastornos-y-medidas-preventivas-en-los-trabajos-nocturnos/>.
7. Redacción Médica: <https://www.redaccionmedica.com/el-trabajo-por-turnos-eleva-el-riesgo-de-enfermedad-coronaria/>.
8. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales: <https://www.iaprl.org/>.
9. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: <https://www.insst.es/>.

Capítulo 315

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR SANITARIO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL Y SUS FUNCIONES

GEMA SÁNCHEZ ROSAS

1 Introducción

Las unidades de salud mental están formadas por un equipo multidisciplinario compuesto por psiquiatras, psicólogos, equipo de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (T.C.A.E), celadores, trabajadores sociales y administrativos. Desde cada especialidad ayudan a las personas que sufren alguna enfermedad mental. A este tipo de unidad mental le corresponde el desarrollo de programas centrados fundamentalmente en el control de situaciones de crisis que hacen imposible la permanencia del paciente en la comunidad siguiendo su vida cotidiana, lo que implica criterios restrictivos del número y duración de la hospitalización.

Su organización se centra en mejorar la salud mental de los ciudadanos procurando una mayor autonomía del individuo, la mejor adaptación a su medio y la prevención de la discapacidad. Contribuye a la formación y capacitación actualizada de todos sus profesionales y trabajadores, siendo imprescindible que todos ellos estén implicados y comprometidos con la institución, compartiendo unos valores comunes.

Hay varios tipos de instituciones mentales que se adaptan a las necesidades de los diferentes pacientes:

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).
- Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM).

- Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM).
- Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM).
- Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM).

En cada una de estas unidades anteriormente mencionadas, se darán los servicios adecuados a cada tipo de paciente, en función sexo, edad y problema mental que padezcan.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en la unidad de salud mental.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: celador, salud y mental.

Además para realizar este trabajo nos hemos apoyado en nuestra amplia experiencia como celador en la unidad de salud mental y psiquiátrica de nuestro municipio.

4 Resultados

Las funciones del celador en la unidad de salud mental son muy variadas, aunque no se recogen en el Estatuto de Personal no Sanitario, se rigen por el protocolo de actuación y normas de régimen interior. Podemos hablar de las siguientes:

1. Vigilar en todo momento el acceso a la unidad permitiendo solo la entrada a las personas autorizadas.
2. Se encargará de que el paciente tenga un entorno ambiental adecuado, controlando las luces y la subida y bajada de persianas.
3. Cuando el paciente se encuentre agitado o agresivo el celador ante esta situación deberá:
 - Llamar inmediatamente a la enfermera/o de la unidad, en caso de no calmarse avisaremos al facultativo que se encuentre.

- Separar al paciente del resto de los enfermos para evitar que los otros pacientes se encuentren envueltos en ese tipo de situaciones violentas y les pueda generar a ellos también estados de ansiedad.
- Evitar siempre que sea posible y en todo momento el exceso de voces, ruidos.
- Mantener la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario, para ello siempre deberá de existir una persona que genere autoridad como personal de seguridad.
- Siempre y cuando este pautado por el facultativo nos dispondremos a ayudar al personal sanitario (equipo de enfermería o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) con las contenciones mecánicas.
- Supervisará a las personas que realicen por si mismos el aseo para comprobar que lo hacen de forma adecuada y ayudará en el aseo a aquellos pacientes que no pueden hacerlo solos.
- Trasladará lo más pronto posible documentos, objetos y comunicaciones verbales que le sean mandados por sus superiores.
- Transportará aparatos o mobiliario de unos servicios a otros cuando le sea requerido.
- Será el encargado de ir a farmacia del servicio del hospital para la recogida de pedidos realizados por otras unidades o para el traslado de medicamentos de la planta de hospitalización a farmacia.
- Bajo ningún concepto podrá hacer ningún comentario sobre diagnósticos, exploraciones, pronósticos y tratamientos que se estén realizando a pacientes hospitalizados, siempre se les orientará hacia el médico encargado del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un celador/a trabaja en un área de salud mental exige que este tipo de profesional que preste sus servicios en esta unidad tenga más paciencia, empatía, escucha activa y comprensión que en otras áreas.

La figura del celador en las unidades de salud mental tiene una gran relevancia, debido a que los pacientes tienen unas características de conducta especiales y muchos de ellos pueden llegar a ser violentos y agresivos, por lo que es muy importante que el celador tenga mucho respeto y empatía con el enfermo y sepa enfrentarse a situaciones de tensión con entereza. Por todo ello, podemos decir que las funciones que el celador/a realiza en la unidad de salud mental son clave en el buen funcionamiento de la misma.

6 Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/salud_mental_organizacion_y_dispositivos.pdf.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental.
3. <https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/>.

Capítulo 316

MEDIDAS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

RAÚL ANTOLÍN ORTEA

1 Introducción

Las medidas de protección son aquellas que, si bien no eliminan el riesgo, evitan o reducen sus consecuencias actuando sobre el trabajador.

Pueden ser de dos tipos: colectivas o individuales.

- Medidas de protección colectiva: Son aquellas que protegen, simultáneamente a todas las personas expuestas a un determinado riesgo. Estas medidas, se deben de anteponer a las protecciones individuales, que sólo se utilizan cuando las primeras sean ineficaces, imposibles de establecer o exista después de su aplicación, un riesgo residual para los trabajadores.

El artículo 15 de la Ley de Protección de Riesgos Laborales, el cual recoge los principios de la acción preventiva, establece que la empresa deberá adoptar medidas que antepongan la protección colectiva frente a la individual. Esta preferencia se debe a la mayor efectividad de las medidas colectivas, cuya ventaja es garantizar de una sola vez, la protección de todo el personal expuesto al riesgo sin necesidad de controlar uno a uno la correcta utilización de los equipos individuales y evitando al mismo tiempo, las molestias derivadas de su uso.

Existen varias medidas de protección colectiva:

- Aquellas que actúan sobre el medio de transmisión del riesgo: elementos de apantallamiento de emisiones de ruido, radiaciones o focos de calor.

- Las que actúan reduciendo la concentración de contaminantes: el riesgo de electricidad estática, sistemas de climatización, ventilación y extracción localizada.
- Las que protegen físicamente frente al riesgo actuando como barrera: barandillas para proteger de caídas a distinto nivel, redes anticaídas, etc.

Medidas de protección individuales: Son aquellas técnicas encargadas de proteger al trabajador de un riesgo específico de su medio laboral. Sólo se utilizarán cuando se hayan agotado las demás vías de prevención y protección o como complemento de las mismas.

2 Objetivos

- Describir las medidas y equipos de protección individual en el personal sanitario y no sanitario del ámbito hospitalario.
- Detallar metodologías adecuadas y resaltar la importancia del uso de los Equipos de Protección Individual (EPI) para prevenir y tratar de atajar accidentes laborales en el personal sanitario y no sanitario mientras realizan sus funciones en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente publicación, se han realizado un proceso de investigación documental a través de publicaciones en medios digitales sobre la importancia del correcto uso de los Equipos de Protección Individual durante la jornada de trabajo del personal sanitario y no sanitario en los centros hospitalarios.

Se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información tratada. Para la revisión bibliográfica, se ha consultado artículos y publicaciones en las principales bases de datos nacionales e internacionales como Pubmed, MedlinePlus, Elsevier y Scielo que nos han servido para seleccionar artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas utilizando para la búsqueda bibliográfica, palabras clave específicas como: Equipos de Protección Individual, EPI, salud hospitalaria, prevención de riesgos laborales, protección colectiva.

4 Resultados

El Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, en su artículo 2 define como Equipo de Protección Individual:

“Cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin”.

Características de los EPI:

- Deben de proporcionar una protección adecuada frente a los riesgos y no ocasionar, por si mismos, riesgos adicionales ni molestias innecesarias.
- Su ajuste debe de ser el correcto para proporcionar el grado de protección para el cual han sido diseñados.
- Se revisarán sus características y su elección cuando se produzcan cambios o cuando evolucione la técnica tras recabar la información obtenida en la evaluación del riesgo.
- Sólo podrán utilizarse para los usos previstos y durante el tiempo que indique el fabricante, salvo casos excepcionales.
- Deben de estar certificados con el marcado CE establecido en el artículo 10 del RD 1407/1992 de 20 de noviembre. El marcado CE, se colocará de manera que se pueda ver y sea legible e indeleble.
- Serán de uso personal. Si excepcionalmente, hubieran de ser utilizados por varias personas, se adoptarán las medidas necesarias para que no origine ningún problema de salud o de higiene al trabajador.
- La utilización, almacenamiento, mantenimiento, limpieza, desinfección y su reparación deberán hacerse según las instrucciones del fabricante.
- En caso de riesgos múltiples que exijan la utilización simultanea de varios EPI, estos deberán de ser compatibles entre sí y mantener su eficacia.

Todo centro hospitalario debe de disponer de un alto almacenaje de material de protección individual.

Los equipos de protección individual se clasifican, en función de las consecuencias de los riesgos, en categoría I, categoría II y categoría III.

Categoría I: se consideran de esta categoría los destinados a proteger frente a los riesgos mínimos.

- Guantes.
- Mandiles y batas.
- Gafas de sol.
- Zapatos y botas.

Categoría II: se consideran de esta categoría los destinados a proteger contra riesgos de grado medio o elevado, pero no de consecuencias mortales o irreversibles.

- Equipos de protección específica de mano y/o brazo.
- Equipos de protección específica de pies y/o piernas.

Categoría III: se consideran de esta categoría a aquellos equipos de protección individual destinados a proteger contra riesgos de consecuencias mortales o irreversibles.

- Equipos de protección respiratoria.
- Equipos de protección contra los riesgos eléctricos.
- Equipos de protección contra las caídas a determinada altura.
- Equipos de protección contra las radiaciones ionizantes o contra las agresiones químicas.
- Equipos de intervención en ambientes fríos y cálidos.

5 Discusión-Conclusión

La Ley 54/2003, de 12 de diciembre, Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) tiene como principio fundamental: “actuar antes de que se produzcan los daños sobre la salud, es igual a evitar los riesgos”. Por ello, se debe de garantizar que cada trabajador reciba formación teórica y práctica suficiente y adecuada en materia preventiva centrada en el puesto de trabajo, facilitando a los trabajadores los equipos y medios de protección adecuados.

En un hospital, tanto el personal sanitario como no sanitario es totalmente vulnerable frente a los riesgos que lo acompañan diariamente en el desempeño de sus funciones, resultando de vital importancia el conocimiento de los riesgos laborales que lo rodean para ser eficaz aplicando de manera correcta las técnicas y medidas de prevención colectivas e individuales, así como, el uso correcto de los EPI para evitar que el riesgo se convierta en accidente.

Tanto empresarios como trabajadores tienen una serie de obligaciones respecto a los Equipos de Protección Individual:

Obligaciones de la empresa:

- Proporcionar de manera gratuita los EPI adecuados a los trabajadores.
- Velar por uso efectivo.
- Informar a los trabajadores, previamente al uso de los equipos, de los riesgos frente a los que protegen y de las ocasiones en que deben de utilizarse.
- Proporcionar instrucciones sobre la forma correcta de utilizar y mantener los EPI. El manual de instrucciones facilitado por el fabricante estará a disposición del trabajador y será de fácil comprensión.

- Enseñar a los trabajadores a utilizar los EPI, incluso con sesiones de entrenamiento práctico, cuando se requiera la utilización de manera simultánea de varios equipos o cuando, por su especial complejidad se haga necesario.

Obligaciones de los trabajadores:

- Utilizar y cuidar correctamente los EPI.
- Colocar el EPI en el lugar establecido para ello después de su utilización.
- Informar de inmediato a su mando directo cualquier defecto, anomalía o daño apreciado que pueda entrañar una pérdida de su eficacia protectora.

Con todo ello, se intenta sensibilizar e inculcar a los trabajadores un sentido de responsabilidad en prevención.

6 Bibliografía

1. Base de datos de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. Base de datos de Scielo: <https://www.scielo.org/es/>.
3. Base de datos de Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
4. Base de datos de Elsevier: <https://www.elsevier.com/es-es>.
5. IMF Blog de PRL: <https://blogs.imf-formacion.com>.
6. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales: <https://www.iaprl.org/>.
7. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: <https://www.insst.es/>.
8. Real Decreto 1407/1992, de 20 de noviembre: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1992/11/20/1407>.
9. PrevenSystem: <https://www.prevensystem.com>.

Capítulo 317

URGENCIAS DE LOS HOSPITALES Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTAS

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

OLGA AGUDO ZAMORANO

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

1 Introducción

Cuando un paciente después de haber sido atendido por los centros de atención primaria no ha podido recuperar por completo su salud, es necesario acudir a la atención especializada, que se realiza en las consultas externas de los centros hospitalarios, por tanto, el servicio de consultas externas, es un servicio ambulatorio donde acuden los pacientes que han sido derivados desde el servicio de atención primaria o de post-hospitalización. Es un sistema orientado a la prevención, curación y rehabilitación de los pacientes. En las consultas externas se encuentran diferentes especialidades médicas, donde el usuario es explorado, se le expedirán recetas médicas para su tratamiento, se le resolverán todas las dudas sobre su estado de salud, se le realizarán diferentes pruebas, análisis y se gestionarán las citas posteriores.

Cuando el problema de salud haya sido resuelto, el especialista dará el alta al paciente y será derivado de nuevo a su centro de salud para que sean ellos quien le hagan un posterior seguimiento para observar su evolución. El auxiliar administrativo es el encargado de gestionar la atención sanitaria ambulatoria de las diferentes especialidades en las consultas externas del centro hospitalario, llevarán la gestión de las citas de los pacientes, así como cualquier procedimiento que deban realizar. Gestionarán las agendas de las consultas llevando un registro de toda la actividad realizada.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer una a una las diferentes funciones que realizan los auxiliares administrativos en el área de consultas externas de los centros hospitalarios. Desarrollar estas y las exponer de manera muy clara cuales son las funciones en el servicio de consultas externas de cualquier centro hospitalario.

3 Metodología

Para 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

A pesar de la gran variedad de consultas tan diferentes que se llevan a cabo en las consultas externas de un centro hospitalario, las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en este ámbito son las mismas para las diferentes consultas ambulatorias. Las funciones que realiza el auxiliar administrativo en las consultas externas de un hospital son las siguientes:

- Atención al paciente solucionando cualquier duda sobre su cita.
- Expedir documentos y justificantes sobre las consultas médicas que puedan solicitar los usuarios.
- Realizar la atención telefónica para la gestión de las consultas.
- Se encargan de gestionar la información, datos y documentación de los usuarios siempre manteniendo la debida confidencialidad.

- Gestionar la agenda de fechas y horarios de las consultas.
- Gestionar la programación de las operaciones de los pacientes.
- Gestionar el registro de las listas de espera de las operaciones quirúrgicas, así como la inclusión de los usuarios en dichas listas.
- Se encargarán de la digitalización de los datos para posteriormente introducirlos en el historial del paciente.
- Establecer una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del centro hospitalario para la continuidad en la atención de los pacientes que lo requieran.
- El personal administrativo deberá gestionar una serie de datos para la identificación del paciente como nombre y apellidos, fecha de nacimiento, teléfono, número de la seguridad social, edad etc.
- También los datos sobre el médico que ha solicitado la cita en las consultas externas, identificar el área que solicita la consulta y que servicio solicita, además de gestionar los datos médicos (historia clínica) y clínicos del paciente, así como fechas y horarios de las consultas.
- Gestionan los motivos de salida del registro de las consultas, como la no presentación, el aplazamiento, tanto el solicitado por el propio paciente como por el médico, renuncia voluntaria, etc. En resumen, gestionan la documentación clínica, la información asistencial y la gestión de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto en el anterior apartado, como el auxiliar administrativo en el área de las consultas externas hospitalarias tiene una serie de funciones (que son comunes en las diferentes consultas de las que se componen las consultas externas hospitalarias), muy importantes para el correcto funcionamiento de dicha área hospitalaria, hemos visto como el auxiliar administrativo se encarga de la atención al paciente, expide documentos tales como justificantes y otros de las consultas médicas, gestionan la documentación del paciente, gestionan la agenda de fechas y horarios de las consultas, también gestionan los datos personales de los pacientes (nombres y apellidos, etc.) y otras serie de funciones que hemos visto anteriormente que son extremadamente importantes para el correcto funcionamiento de las consultas externas de los hospitales.

6 Bibliografía

1. Estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias públicas de la Seguridad Social.

2. Gestión de pacientes en el hospital. El servicio de admisión y documentación clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
3. Guía de gestión de consultas externas en atención especializada.

Capítulo 318

EL TUNEL CARPIANO EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

OLGA AGUDO ZAMORANO

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

1 Introducción

Empezaremos este capítulo haciendo mención a que las actividades que realizan los auxiliares administrativos en sanidad (en consulta, oficina etc.) o por su trabajo en sí, crean en estos unos riesgos para su salud.

El síndrome del túnel carpiano es una de las enfermedades habituales en los auxiliares administrativos y esto crea unas consecuencias como un mayor gasto, bajas, etc.

Es por así decirlo una dolencia o enfermedad que afecta de manera muy acentuada al personal auxiliar administrativo debido al trabajo repetitivo y diario de este y que afecta por norma general a varias partes del cuerpo de los auxiliares administrativos y a modo introductorio podemos afirmar que esta dolencia afecta

mucho en la actualidad al personal administrativo debido a las malas posturas no enseñadas anteriormente para evitar este tipo de dolencia.

Por la incidencia y frecuencia con que se da esta dolencia, es muy acertado hacer cursos de prevención de enfermedades causadas por su puesto a empleados administrativos de ella y explicarles cómo pueden protegerse de esta típica lesión laboral.

Es un problema o enfermedad muy a tener en cuenta en este colectivo, porque provoca absentismo laboral, bajas, dolencias y otras consecuencias devastadoras para este personal que afecta seriamente a la sanidad pública.

2 Objetivos

- Exponer de una manera breve y sencilla qué es el síndrome del túnel carpiano y cómo puede afectar de manera especial a los trabajadores del área administrativa del ámbito sanitario.
- Presentar formas de prevenir esta dolencia por los trabajadores de la oficina administrativa.

3 Metodología

Para 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El síndrome del túnel carpiano es una afectación, que, aunque también puede producirse por patologías metabólicas varias y de varios tipos más frecuentemente es provocado por movimientos repetitivos o rutinarios en el trabajo del auxiliar administrativo. Los movimientos que se repiten a diario en el trabajo del administrativo derivan en ocasiones en trastornos que afectan las manos, hombros, brazos y muñecas y varias partes del cuerpo de este personal también derivado de malas posiciones en su puesto de trabajo entre otros.

El empleado del área administrativa de un hospital o centro de atención primaria sufre frecuentemente enfermedades que son provocadas por malas posturas o movimientos de repetición. El uso del ratón en el equipo informático es continuo en su día a día, y frecuentemente provocando la aparición del túnel carpiano.

El síndrome del túnel carpiano afecta a la fuerza y sensibilidad que tenemos en las manos, puede darse en una o en las dos, aunque los primeros síntomas suelen aparecer en la mano dominante. Causa entumecimiento, sensación de debilidad o pérdida de tacto y de función, además a las personas que sufren de esta dolencia se le pueden caer las cosas con una mayor facilidad.

Una serie de recomendaciones que podemos ofrecer a las personas que trabajan todo el día con equipos informáticos, son:

- Conseguir que el brazo, desde el codo, esté apoyado en su totalidad sobre la mesa y así no forzar la articulación en su totalidad.
- Intentar que el codo haga una flexión de 90° y relajar los hombros para no cargarlos.
- Intentar manejar el ratón con movimientos que se impulsen desde el codo, sin forzar la muñeca en ningún caso.

Al acabar la jornada, es muy importante, acordarnos de hacer estiramientos que relajen y fortalezcan la musculatura, como son, por ejemplo, las rotaciones de muñeca. También, podemos encontrar productos para fortalecer los músculos de la mano y el brazo, inmovilizar esta zona o adecuar el lugar de trabajo y evitar su aparición o aliviar la sintomatología, cómo son las férulas de inmovilización, que podemos usar de noche o durante todo el día y muñequeras, más flexibles, que ayudan a aliviar el dolor y hormigueo que produce esta afectación.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión es necesario mejorar el entorno de trabajo para evitar y minimizar la aparición de este síndrome en los empleados del Sector Administrativo, es algo que se puede hacer fácilmente con unas correctas y sencillas indicaciones si estamos atentos a la presencia de la posible aparición de este síndrome.

La prevalencia e incidencia de esta patología en los trabajadores administrativos nos ayuda, por tanto, a poder ofrecerles correctas pautas de actuación para aminorar la frecuencia con que la que se presenta, así como, proporcionar consejos para poder conseguir una óptima salud laboral y reducir el impacto negativo que im-

plica esta dolencia tanto en la salud del trabajador como a nivel económico por la incapacidad profesional que genera.

6 Bibliografía

1. <https://www.benestarfisioterapia.com/>.
2. <https://www.revistamedica.com/>.
3. <https://www.repositorio.unicartagena.edu.co/>.

Capítulo 319

LA COMUNICACIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR EN URGENCIAS

MARIA MERCEDES SANCHEZ GARCIA

ROSA MARÍA MARTÍN RUIZ

BÁRBARA NÚÑEZ TOBARRA

OLGA AGUDO ZAMORANO

RAQUEL GARCÍA BAUTISTA

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital como su propio nombre indica requiere de rapidez desde el momento que se entra por la puerta.

Aquí entra en funcionamiento el equipo formado por auxiliar administrativo y celador como las primeras atenciones que recibe. También entra en funcionamiento el buen entendimiento entre ambos en cuanto a la comunicación se refiere.

La comunicación puede ser de celador a auxiliar administrativo o de auxiliar administrativo a celador en función de la urgencia. se puede requerir al celador

para que acompañe al paciente una vez tomados sus datos o puede el celador el que nos facilite sus datos porque éste haya tenido que ser trasladado de manera urgente a la atención del personal sanitario.

En caso de que el paciente tenga que pasar directamente a atención sanitaria tiene que haber una importante coordinación para introducir los datos del paciente al sistema informático. Aquí es muy importante que no pierda ningún dato por el camino porque de lo contrario no podríamos registrar correctamente al paciente, lo que influiría en perder tiempo en busca de su historia clínica.

La buena comunicación entre auxiliar administrativo y celador redundará también en la posterior comunicación que tiene que tener el resto de personal sanitario y no sanitario dentro de una institución sanitaria.

2 Objetivos

- Demostrar como un buen entendimiento entre celador y auxiliar administrativo es sinónimo de una atención más eficiente para el paciente que le otorga a este mucha tranquilidad y confianza.
- Valorar como una buena comunicación entre ambos profesionales se refleja en la satisfacción por parte del paciente.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Cuando un paciente llega al servicio de urgencias de un hospital, normalmente llega con un nerviosismo tremendo y con mucho miedo. Si las primeras personas que lo reciben le transmiten tranquilidad escuchándolo tranquilamente y con comprensión de todo lo que quiere contar, conseguiremos que se tranquilice y poco a poco que se vaya quitando ese miedo y respeto que da entrar en una urgencia hospitalaria. Esa tranquilidad y comprensión se la dan el celador y auxiliar

administrativo que son las primeras personas que lo atienden siempre y cuando haya una buena relación entre ambos.

La primera atención que recibe el paciente es fundamental para la posterior atención sanitaria. En primer lugar, es fundamental recoger correctamente sus datos personales. Muchas veces no es fácil que le indiquen sus datos dado el nivel de nerviosismo que traen y ahí es cuando requerimos la colaboración del celador para ayudar a calmar al paciente y que intente pensar dándole tranquilidad y mostrándose amablemente. Algo que es fundamental en esos momentos es transmitir a los pacientes tranquilidad y seguridad de que está en el sitio correcto dada la situación.

La tranquilidad y seguridad la da el buen entendimiento de celador y auxiliar administrativo, pues eso es apreciado por el paciente para poder calmar, aunque sea mínimamente sus nervios de tener que dirigirse a una institución sanitaria y entrar por el servicio de urgencias. Algo que da mucho respeto ya que no sabes el tiempo que vas a estar allí ni lo que va a pasar contigo.

Dadas las circunstancias actuales de pandemia que estamos sufriendo, donde las personas tienen que entrar solas a las diferentes consultas, el hecho de poder comunicarse con el personal auxiliar administrativo como con el celador les otorga una gran tranquilidad y confianza.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión como auxiliares administrativos, el buen entendimiento, la coordinación y la adecuada comunicación con el personal celador hace que, tal como hemos visto en el anterior apartado la atención a los pacientes y familiares sea buena y calme los nervios de estos al encontrarse en urgencias, al trabajar el auxiliar administrativo “codo con codo” con el celador hemos apreciado como la atención sanitaria se ha visto enormemente mejorada y mejor calificada por los pacientes o usuarios del área de urgencias hospitalarias.

Siguiendo con nuestra opinión hay que fomentar el trabajo coordinado entre el auxiliar administrativo y el celador para fomentar este excelente trato al paciente, esto lo podemos fomentar haciendo “piña” entre este personal en el hospital.

6 Bibliografía

1. Ocronos.
2. Revista médica.

3. Sanidad. CCOO.

Capítulo 320

EL CELADOR EN CUIDADOS INTENSIVOS

RAQUEL HUECAS LOPEZ

MÁXIMO MARTÍN GARCÍA

DIONISIO GALVEZ TORRES

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), también conocida por Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de los pacientes en estado crítico. En algunos hospitales las UCI son pequeñas unidades hospitalarias totalmente equipadas dentro del mismo, disponiendo de servicio propio y exclusivo de Laboratorio, Radiología, Esterilización, etc. Se ocupa de pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de gravedad tal que suponga un peligro vital actual o potencial, susceptible de recuperabilidad.

Por todo ello, se puede definir como un área específica del hospital en la que, de una manera adecuada, se puede monitorizar, realizar los procedimientos diagnósticos, ayudar de forma controlada al mantenimiento de las funciones vitales, y administrar el tratamiento definitivo a aquellos pacientes cuya vida se encuentra en peligro a causa de enfermedades potencialmente reversibles. Además se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que,

siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

Se entiende por intensivista un profesional médico que tiene una especialidad en atención al paciente crítico y las competencias profesionales para desarrollarla.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la actuación de los celadores en la unidad de cuidados intensivos.

Objetivos secundarios:

- Explorar la unidad de Cuidados intensivos.
- Conocer el Traslado de pacientes de la UCI.
- Conocer los problemas que pueden surgir en la UCI.

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

1. Características de la UCI:

La ubicación de la unidad ha de ser dentro o muy próxima de la zona más técnico-asistencial del centro. Tradicionalmente se elige como lugar más idóneo el continuo al bloque quirúrgico, posiblemente como una ampliación de la reanimación. Debe tener fácil acceso desde la sección de urgencias, ya que este es el punto de entrada normal para un enfermo grave.

En la UCI existen varias unidades especializadas identificadas según las patologías que presentan los pacientes; dentro de estas unidades están las áreas de internamiento que reciben el nombre de Box/es. En cada una de estas unidades existe un control de enfermería ubicado de tal manera que permita la visualización

de todos los pacientes sin necesidad de movilizarse (normalmente está en el centro y las camas alrededor con el cabecero hacia la pared).

Hay unidades de internamiento dentro de la UCI/UVI para:

- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Sépticos (infecciosos).
- Trasplantes.
- Neonatos.
- Cirugía general.
- Politraumatizados.
- Grandes quemados.

Son salas muy especializadas donde existen gran cantidad de aparatos, muchos de los cuales no se encuentran en otros servicios del hospital, entre los que se pueden citar: desfibriladores, caudalímetros, respiradores automáticos, aparatos de radiología portátil, autoanalizadores, bombas de infusión de medicamentos y sueroterapia, monitores de frecuencia cardíaca, marcapasos, etc.

Los tipos de pacientes que nos podemos encontrar en estas unidades son: pacientes con infartos, con arritmias inestables, pancreatitis, shock séptico, trasplantados hepáticos, pacientes sometidos a cirugía cardiovascular, recién nacidos con patologías varias que entrañen riesgo vital, traumatismos craneoencefálicos, tetrapléjicos, etc.

2. Funciones del celador en la UCI:

Los Celadores destinados en esta unidad, por las características de los enfermos continuamente encamados, deben estar muy bien preparados en la movilización y cambios posturales de los mismos. Como particularidad, el trabajo de movilización del Celador será requerido con mayor frecuencia e incluso el transporte de los pacientes requiere aún mayores cuidados.

Los cambios postura les se llevarán a cabo con la misma frecuencia que en las plantas de hospitalización (cada 2-3 horas) para evitar la aparición de las temidas úlceras por presión y siempre que estén prescritas por el Facultativo responsable del paciente.

Los celadores deben tener toda la indumentaria que se requiere en estas unidades y que estará compuesta por: el uniforme reglamentario, calzas, mascarilla, guantes, bata y gorro. No siempre lo llevarán todo puesto, pues hay unidades dentro de la UCI que no precisan de todos estos medios de barrera. Sin embargo, hay otras unidades que sí, como son las de trasplantes, sépticos, etc. que necesitan de unas normas asépticas definidas.

Es importante que cuando abandonen la UCI para algún traslado de personas y objetos dejen la bata dentro de la UCI para ponérsela cuando regresen o bien utilicen una nueva al entrar otra vez.

Otras de sus funciones es controlar la entrada de visitas, así como su salida y que los visitantes estén debidamente autorizados. Asimismo, cuidarán de que durante los horarios de visita de familiares a pacientes (en las Unidades de Cuidados Intensivos no se permite la permanencia de ningún familiar acompañando al enfermo) estos vistán correctamente las batas, gorros y calzas para acceder a la unidad, número de visitantes por paciente, etc.

3. Traslado de un paciente de la UCI:

Consistirá en el transporte de un paciente en situación crítica desde cualquier unidad a UCI, en el menor tiempo posible y con las mayores medidas de efectividad en el transporte.

El celador llamará al ascensor y bloqueará la puerta para evitar las esperas innecesarias. Avisada la UCI, y colocado en la camilla la bala de oxígeno, desfibrilador, ambú y medicación necesaria, se procederá al traslado con Celador, enfermera y facultativo.

El cambio de cama en UCI se hará con mucho cuidado, pues una precipitada o mala acción puede desconectar cualquier catéter, vía u otra circunstancia que complique aún más la situación del enfermo.

Efectuado el cambio, el Celador de UCI se encargará de las tareas propias de su servicio. Posteriormente recogeremos el aparataje necesario en el traslado (desfibrilador, ambú, botella de oxígeno, etc.) y los devolveremos a la unidad de procedencia.

En los supuestos de traslado del paciente de UCI a servicios de diagnóstico (TAC, Ecografía, etc.), el celador que acompañe al mismo permanecerá constantemente junto al equipo de dicho traslado hasta la finalización del mismo.

4. Cuidados a los pacientes por parte de los celadores:

Los problemas más comunes que pueden surgir en una Unidad de Críticos son:

- Desequilibrios hídricos.

Hipovolemia: es una disminución del volumen de sangre contenido en la red venosa del cuerpo humano. Suele ser causada por una pérdida de agua demasiado importante a nivel renal y extra-renal o por una hemorragia, entre otros. La hipovolemia provoca una disminución de la presión arterial que puede conducir hasta la aparición de un shock hipovolémico, que provoca la muerte si la reposición de líquidos no se realiza en un plazo corto de tiempo.

Pesar al paciente. Es importante describir los cambios que puede sufrir en el peso.

Valorar el estado de piel y mucosas (color, signos de deshidratación, etc.)
Realizar frecuentemente una higiene bucal adecuada utilizando también enjuagues bucales con algún colutorio si el estado del paciente lo permite.
Hipervolemia: se produce con un aumento anormal del volumen total de sangre que circula por el torrente sanguíneo.
Restringir los líquidos y el sodio.
Valorar la presencia de edema periférico, sistémico o pulmonar.
Pesar al paciente. En una hipervolemia suele aparecer un aumento agudo de peso.

- Infección nosocomial.

La infección nosocomial es una complicación frecuente de los pacientes ingresados en la Unidad de Críticos.

Para evitar la aparición de infección nosocomial en estas Unidades se llevan a cabo una serie de técnicas y cuidados:

El celador debe familiarizarse y conocer los gérmenes más frecuentes en la unidad.

Lavarse las manos tras el contacto con cada paciente.

Emplear guantes limpios para manipular líquidos corporales.

Si el paciente presenta infección respiratoria, se mantendrá aislado en una habitación individual con presión negativa.

Cada vez que se abandone la UCI para traslado de pacientes se debe desechar la bata, calzas, gorro, guantes, etc.

- Problemas nutricionales.

Debido a la falta de alimentos, el paciente crítico se desnutre. Una intervención nutricional a tiempo puede influir positivamente en la evolución de la enfermedad. El celador ayudará al personal sanitario a pesar al paciente para que estos puedan valorar la pérdida de peso con el paso del tiempo.

- Dolor.

Gran cantidad de los pacientes ingresados en la Unidad de Críticos experimentan dolor debido a su enfermedad, técnicas empleadas, tratamientos, etc. Por ello este es uno de los aspectos más importantes a tratar por el personal sanitario:

Observar el estado del paciente, si está inquieto, si está ansioso, irritable, si llora, etc.

Si el paciente tiene un dolor postoperatorio enseñarle a sujetarse la incisión para minimizar el dolor durante la respiración profunda, la tos o la deambulación.

Ayudar al paciente a mantener una buena alineación corporal y a realizar cambios posturales, ya que esto ayuda a prevenir contracturas y espasmos musculares.

Cuando un paciente ingresa en las unidades de cuidados intensivos se caracteriza por sufrir unas patologías complejas que ponen en riesgo su vida, pero, a pesar de su gravedad, los profesionales tienen la certeza de su recuperación.

Estos pacientes necesitan una atención altamente especializada y continua, las veinticuatro horas del día, para lo que se utiliza la monitorización intensiva de sus constantes vitales.

Para el buen funcionamiento de Unidad de Cuidados Intensivos es necesario un trabajo en interdisciplinar de muchos profesionales entre los que se encuentra el celador. Con las tareas específicas de:

- Colaborar en los aseos, en los cambios posturales y en las movilizaciones de los pacientes siempre con la precaución de interferir en los soportes que precisan estos enfermos (respiratorio, hemodiálisis, nutrición, sondas vesicales, drenajes, vías, etc.)
- Ir uniformado para asegurar el protocolo de asepsia y utilizar los equipos de protección según tipo de patologías de los pacientes.
- Trasladar el material, aparatos, muestras, documentación que le sea requerido.
- Controlar las visitas que entran a la UCI para el cumplimiento con las normas del centro.

Además el celador debe poner en práctica las recomendaciones sobre prevención para evitar los riesgos vinculados con su puesto de trabajo.

Es importante hacer hincapié en diferenciar la situación ante la que se encuentra el celador, ya que si existe la posibilidad ante las infecciones de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos obliga a los celadores a extremar las precauciones a la hora de realizar su trabajo y estar en contacto directo con el paciente.

Cuando el riesgo de exposición es elevado, el celador tiene de carácter obligatorio la utilización de la mascarilla quirúrgica o FFP2, bata, guantes, protección ocular, teniendo especial atención a la higiene de manos.

En el caso de riesgo bajo se recomienda que el celador utilice guantes de nitrilo, poniendo especial atención en la higiene de manos y en el transporte de muestras que tendrá que realizarlo con triple envase de seguridad, siendo este un sistema que garantiza la integridad de las muestras si existiera un accidente, es conveniente reducir la exposición a estas por parte de las personas y el medio ambiente.

El sistema de triple envase consiste en depositar las muestras en un recipiente primario, que se encuentra protegido a su vez por un envase secundario y por un embalaje exterior rígido y robusto que protege el secundario.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores deben transmitir a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos la seguridad de que su estado de salud no será empeorado por la falta de precauciones y de los equipos de protección individual por parte de los profesionales que van a atenderle. Por lo que es tan importante el cumplimiento de los protocolos establecidos anteriormente además es un punto que ayudará a mejorar la imagen de la institución sanitaria en cuestión.

Debido a lo establecido con anterioridad, los pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos, el celador debe estar formado para asegurar que realiza con eficacia una de sus principales funciones en esta unidad asistencial: las movilizaciones y los cambios posturales bajo la supervisión del personal de Enfermería y/o facultativos.

6 Bibliografía

1. <https://www.revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidad-cuidados-intensivos-covid-19/>.
2. <https://www.sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/curso-el-celador-en-la-uci.pdf>
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
4. https://www.congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-11_5e42bb3a877d1_ELCELADORENLAU.pdf.
5. El celador en la UCI [Internet] Disponible en <https://www.faeditorial.es/capitulos/el-celador-en-la-uci.pdf>.
6. Funciones del celador [Internet] Disponible en http://www.auxiliar-Enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc08.
7. Actuación del celador en la UCI [Internet] Disponible en https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_3.pdf.

Capítulo 321

EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DESDE EL PRISMA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

VANESA CANO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Constitución Española es la norma suprema del Ordenamiento Jurídico.

La Constitución Española ha tu entrada en vigor el 29 de Diciembre de 1978, pasó por una serie de etapas previas. Las cuales son las siguientes:

- Fue aprobada por el Congreso y el Senado el 31 de Octubre de 1978.
- Fue ratificada por referéndum del pueblo español el 6 de Diciembre de 1978.
- Fue promulgada y sancionada por el Rey el 27 de Diciembre de 1978.
- Y finalmente fue publicada en el Boletín Oficial del Estado el 29 de Diciembre de 1978. Fecha en la cual entró en vigor.

La Constitución, pasó por dos modificaciones:

1. El 27 de Agosto de 1992, donde se redactó de nuevo el apartado segundo del artículo 13.
2. El 27 de Septiembre del 2011, donde se redactó de nuevo el artículo 135.

La estructura formal de la Constitución Española es la siguiente:

- Preámbulo.
- Título preliminar.
- Diez títulos numerados en números romanos.

- 169 Artículos.
- 4 Disposiciones adicionales.
- 9 Disposiciones Transitorias.
- 1 Disposición Derogatoria.
- 1 Disposición Final.

Desde el punto de vista material, es decir, respecto al contenido. Se diferencian dos partes:

- Parte dogmática.
- Parte Orgánica.

2 Objetivos

Analizar el derecho a la protección de la salud en la Constitución Española, y todo lo que ello conlleva para los ciudadanos.

3 Metodología

Para el estudio y análisis de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de información en fuentes legales y bases de datos.

Como fuente legal fundamental a la hora de este análisis, se ha acudido a la Constitución Española de 1978.

Finalmente señalar la búsqueda en la base de datos Google Scholar.

4 Resultados

El Derecho a la Protección de la Salud, viene recogido en la Constitución Española. Más concretamente en el Título Primero, Capítulo tercero. Capítulo que hace referencia a los principios Rectores de la Política Social y económica.

Y aún más concretamente, el artículo donde viene recogido el derecho a la salud es en el artículo 43. El cual señala lo siguiente:

“Art. 43 C.E:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

Este artículo 43, es el que habla concretamente de la Protección de la Salud. Pero en la Constitución Española hay otros que hacen referencia a otros aspectos de la salud, los cuales apoyan y complementan el artículo 43, el cual es el Principal. Esos otros artículos a destacar con los siguientes:

Como el artículo 41 que hace mención al régimen publico de la seguridad social. Y lo hace de la siguiente manera:

“Art. 41 C.E: Los poderes públicos mantendrán un régimen público de la Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.”

Finalmente, señalar que el artículo 50 de la Constitución Española vuelve hacer referencia a la salud. Y lo hace hablando de problemas específicos de salud. Y lo hace de la siguiente forma:

“Art. 50 C.E: Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad.

Asimismo y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.”

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión tener en cuenta, que como hemos señalado anteriormente, la Constitución Española, es la norma suprema del Ordenamiento Jurídico. Por lo que el hecho, de que el derecho a la salud venga recogido en ella, es muy importante porque hace que se garantice una salud pública para todos los ciudadanos sin ningún tipo de discriminación ni distinción.

Claro es el ejemplo que se menciona en el artículo 49 de la Constitución Española, y es el siguiente:

“Art. 49 C.E: Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran.”

6 Bibliografía

1. La Constitución Española de 1978.
2. Base de datos Google Scholar.

Capítulo 322

SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO, APORTACIÓN DEL PROCESO TEXTIL EN LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

ANA DEL VALLE TOYOS

1 Introducción

Antes de entrar en materia específica vamos a hablar sobre el concepto calidad en centros hospitalarios. La calidad se mide por el grado satisfacción del usuario, ofrecer calidad significa, poner a disposición de estos las mejores condiciones posibles y así poder dar lo mejor de sí.

Hay diferentes maneras de apreciar la calidad en salud, pero el concepto en sí tiene 2 básicos, la calidad técnica o intrínseca que lleva a cabo, las características técnicas de un bien o servicio, y la comparación entre unos y otros nos ayudan a valorar el servicio recibido. Luego tenemos el que realmente nos atañe, que es el concepto de calidad percibida, la opinión que los usuarios tienen sobre un producto para satisfacer sus expectativas.

Dentro del servicio de lavandería y planchado de un centro hospitalario, el concepto calidad está vinculado a tres objetivos básicos, calidad higiénica y calidad estética del producto, junto con la calidad del proceso, para garantizar todo esto es necesario, es seguir unas medidas de preservación y revisión, y seguir una serie de controles de calidad y análisis, en el proceso de lavado, acabo, distribución de esta, para de ese modo evitar en lo posible que estas presenten algún tipo de anomalía que pueda dañar al usuario.

2 Objetivos

Valorar las diferentes medidas y controles que sean necesarios para conservar la calidad del trabajo en el servicio de lavandería y planchado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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, con descriptores y palabras claves en la materia como por ejemplo “calidad”, “usuario” o “ropa”.

4 Resultados

Nuestro mayor logro dentro de la aportación del proceso textil en la calidad percibida por el usuario, sería conseguir alcanzar la calidad en todas las fases del proceso, para ello es necesario vigilar cada etapa, de ese modo evitaremos cualquier tipo de anomalía, si esto se consigue, diremos que hemos alcanzado la calidad total. Para que esto sea posible es necesario tener un plan a seguir, de ese modo conseguiremos satisfacer las necesidades del usuario tanto interno, como externo al menor coste posible, incluyendo en él los siguientes fundamentos: la calidad de la ropa, la fibra de esta deberá ser lo más fácil de lavar posible y resultar cómoda para los usuarios, después de haber pasado por el proceso el aspecto debería ser prácticamente el mismo que cuando llegue nuevo, se almacenaran de manera que se contaminen lo menos posible. Debemos tener en cuenta que las prendas es inevitable, se estropeen con los procesos a los que son sometidos, de ese modo tendremos que calcular más o menos cuál puede ser la vida útil de cada una y cuando lleguemos a ese punto deberemos sustituirlas por otras nuevas.

Calidad del proceso, los trabajadores dentro del servicio de lavandería y planchado, tendrá los conocimientos suficientes para poder ocuparse del manejo de los equipos, conocerán y cumplirán las normas de seguridad pertinentes, los equipos de trabajo tendrán que ser revisados con la periodicidad necesaria, junto con un mantenimiento preventivo, estos no deberán romper, ni manchar las prendas, se evitara al máximo todo tipo de contaminación que se pueda producir durante el proceso.

Calidad del servicio, el objetivo principal es cumplir con los parámetros estipulados, con respecto a ropa producida y calidad, la ropa procesada será la que se

estipule según la capacidad de la lavandería, de esa manera cumpliremos con la demanda de los usuarios.

Un plan de calidad tiene tres objetivos básicos, como habíamos anticipado anteriormente en la introducción, estos son, calidad higiénica del producto, calidad estética del producto y calidad del proceso, para ello es necesario que cumplan unos factores; Tiempos productivos y no productivos, los circuitos de ropa sucia y ropa limpia, estos deberán estar separados entre sí para evitar la contaminación de la limpia por la sucia, para ello es necesario que exista una barrera sanitaria entre ambos circuitos. Las fases del proceso, infraestructuras de las instalaciones, el consumo energético, habrá que hacer lo posible para que se reduzca el máximo posible. El consumo de agua, cuando más, se puede reutilizar mejor. Los productos deberán ser los más eficaces posibles, biodegradables y deterioren lo mínimo posible la ropa. Clasificación de la ropa, así será más fácil saber cuál será el mejor tratamiento para cada tipo de prenda y evitaremos el deterioro de estas. Personal, será el necesario por sección, deberá estar informado y formado para poder cumplir con la tarea asignada.

Y por último tenemos el control del proceso, este deberá estar compuesto por unas directrices las cuales garantizaran un control total y la seguridad pertinente de este.

5 Discusión-Conclusión

El usuario espera que se satisfagan sus necesidades dentro del centro hospitalario, junto con los ámbitos que conlleva estar dentro de este. Un servicio integral y continuado, que esté vinculado junto a una serie de estándares de calidad. El principal objetivo de calidad a cumplir por el servicio de lavandería y planchado, es conseguir que la ropa que va a usar el usuario este en las condiciones óptimas, en ningún caso deberían presentar algún tipo de anomalía, de este modo aseguramos que este, se sienta como en casa, cumpliendo con sus expectativas, y estas se encuentren a la altura que el usuario espera.

6 Bibliografía

1. http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/Corado_GomezLa_calidad_en_la_gestion_hospitalaria.pdf.
2. <https://www.unir.net/salud/revista/calidad-en-salud/>.
3. Varios autores, temario planchador/a y Lavandero/a, Ope Sespa, Furando blog de CSI, 2020.

4. Varios autores, temario lavandero/a, Sespa, editorial CEP S.L. edición especial colectivos 2020.

Capítulo 323

EL RADIODIAGNÓSTICO EN LOS PACIENTES, EL CELADOR Y SUS FUNCIONES

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

1 Introducción

El servicio de Radiodiagnóstico es un servicio cuya misión es la realización e interpretación de pruebas radiológicas de forma integrada y secuencial para conseguir una orientación diagnóstica de los pacientes, y para la realización de tratamientos mínimamente invasivos guiados con dichas pruebas.

Para ello, utiliza como soporte técnico fundamental las imágenes y los datos morfológicos y funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía.

Cuenta con equipos y dispositivos capaces de obtener imagen digital, tanto en ecografías como en radiología, encargándose a la vez de las mamografías, tanto por imagen como por técnicas ecográficas, permitiendo un soporte integral de las diferentes técnicas en el diagnóstico por imagen.

El Servicio de Radiodiagnóstico tiene unas relaciones diferentes con los otros Servicios del Hospital, la relación con la mayoría de los Servicios asistenciales viene dada por la prestación de un servicio diagnóstico, siendo necesario que exista un flujo de información en ambos sentidos. El celador como miembro integrante del equipo de profesionales que conforman la plantilla del servicio, tiene un papel fundamental a la hora de prestar correctamente el servicio requerido por parte de los profesionales sanitarios, con los que debe colaborar para que la calidad asistencial no se ve mermada y el paciente sea atendido de manera de correcta.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes funciones que tiene que realizar el celador o celadora en el servicio de radiodiagnóstico.
- Describir la forma de actuar del celador o celadora a la hora de realizar sus funciones.

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 celador o celadora como integrante del equipo que forma parte del servicio de radiodiagnóstico tiene entre sus funciones:

- Trasladar a los pacientes desde las plantas de hospitalización y urgencias al servicio de radiodiagnóstico.
- Buscar los tratamientos requeridos para los pacientes al servicio de farmacia.
- Recoger en el servicio de almacén los pedidos solicitados por el servicio.
- Repartir el correo y los volantes del servicio.
- Ayudar al auxiliar de enfermería a desvestir a los pacientes que lo necesiten.
- Trasladar muestras al servicio de laboratorio, anatomía patológica.

- Colaborar con el personal auxiliar en la preparación de los pacientes cuando estos necesitan ayuda.

Todas estas funciones se realizarán de forma diligente, respetando la confidencialidad.

A demás de estas funciones el celador o celadora deberá de realizar todas estas tareas de manera efectiva, diligente, en coordinación con el resto de profesionales que trabajan en este servicio, para así lograr que la atención recibida se encuadre dentro de los estándares de calidad que se merecen todos los usuarios que acceden a los servicios de salud.

En el traslado de pacientes, ya sea en silla de ruedas o en camilla, el celador o celadora estará pendiente del estado físico del paciente y de su bienestar. Realizando el trayecto de forma segura y cómoda para el paciente.

También deberá, debido a la característica del servicio de radiodiagnóstico, llevar a cabo su labor profesional respetando en todo momento todas las normas y directrices que regulan el acceso al servicio, así como hacer buen uso de los equipos de protección individual.

El celador o celadora es un pilar esencial dentro del sistema de salud, ya que es la categoría profesional con la cual tiene el primer contacto el paciente a la hora de acceder al servicio sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El celador como integrante del equipo que presta sus servicios en el servicio de radiodiagnóstico es un elemento esencial para el buen funcionamiento de este y así prestar un servicio de calidad. El celador es el primer profesional con el que tienen contacto los pacientes con lo que su actitud con estos es la primera imagen que tienen con el servicio. Su labor profesional se debe ejecutar con diligencia y confidencialidad al igual que todo personal que realiza sus tareas dentro de las instituciones sanitarias. Respecto a su actuación ante los pacientes el celador o celadora debe de actuar de manera segura con profesionalidad y buscando el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Lloréns, R. Maximiliano Lloret; CUÑAT, Antonio Ballesta; DÍAZ, Miguel Chavarría. Gestión del Servicio de Radiodiagnóstico.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/>.
3. www.logoss.net.4.

Capítulo 324

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

1 Introducción

En los centros hospitalarios se producen habitualmente fallecimientos de los pacientes allí ingresados y celador debe poseer los conocimientos para, en el caso de producirse la muerte de un paciente, saber actuar ante la situación, tratando de manera adecuada a los familiares y proporcionando los cuidados necesarios a la persona que ha sufrido el éxitus.

Llamamos éxitus a la muerte, al cese completo de las funciones vitales del organismo. Aunque es el personal sanitario el que se encargará de valorar y certificar que se ha producido un éxitus, el celador deberá poseer la formación adecuada para poder reconocer los signos que aparecen ante un éxitus y así poder identificarlo.

Estos signos serían: presencia de rigidez, disminución de la temperatura corporal o enfriamiento, lividez, desaparición de la sensibilidad, no existencia de pulso,

no existencia de latido cardíaco, cese de la respiración y desaparición del tono muscular.

Cuando se produce un éxitus y el médico responsable certifica la muerte, se deberá amortajar al cadáver. Esta labor será realizada por el enfermero/a y el técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería con la ayuda del celador. Posteriormente el celador trasladará el cuerpo al mortuario de la manera más segura, rápida y discreta que le sea posible.

2 Objetivos

Analizar y describir las funciones del celador ante el éxitus de un paciente, tanto en la habitación del hospital, como en el mortuario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en publicaciones de comprobado interés científico sobre las diferentes funciones del celador ante pacientes fallecidos y el éxitus de pacientes dentro del hospital y sus características, en un período de publicación de 2017 en adelante.

4 Resultados

Funciones del celador ante un éxitus en la habitación:

Amortajar: consiste en preparar el cadáver para que sus familiares puedan verlo antes de su sepultura. Deberá realizarse con la mayor intimidad posible, en caso de que haya otro paciente en la misma habitación, colocaremos un biombo, cortina, mampara para conseguirlo.

El procedimiento de amortajar el cadáver consta de los siguientes pasos:

1. El cadáver deberá colocarse en decúbito supino.
2. En el caso de que tuviera catéteres y sondas, las retirará el personal sanitario.
3. Los objetos personales que tuviera el paciente serán entregados a sus familiares.
4. Si tiene los ojos y boca abiertos, se los cerraremos.
5. Las extremidades se colocaran estiradas antes de que aparezca el rigor mortis.
6. Colocaremos un pañal al cadáver por la posible pérdida de fluidos y taponaremos con algodón el resto de orificios.
7. Colocamos un sudario a el cadáver tapando el cuerpo.

8. Trasladamos el cadáver al mortuario, procurando hacerlo con mucha discreción.

Funciones del celador ante un éxitus en el mortuario:

1. Ayudar en todo lo que precise al forense y al anatomopatólogo.
2. Se encargará de colocar el cadáver en decúbito supino, en la mesa de autopsias.
3. Deberá preparar el cadáver para la autopsia.
4. Será el encargado de vigilar que no pueda acceder a la sala de autopsias ningún curioso.
5. Realizará las movilizaciones del cadáver que sean necesarias durante la práctica de la autopsia.
6. Aseará al cadáver cuando haya finalizado la autopsia.
7. Trasladará al servicio de Anatomía Patológica, las muestras extraídas durante la autopsia.
8. Se encargará de llevar a cabo el reparto de las citologías y biopsias del centro hospitalario.

El celador nunca podrá informar a la familia de que el paciente ha fallecido, eso le corresponde al médico.

5 Discusión-Conclusión

El celador cumple una labor fundamental en las tareas correspondientes a realizar cuando se produce un éxitus dentro de un hospital. Sería importante resaltar la importancia de poseer las habilidades sociales necesarias para poder tratar de la mejor manera posible a la familia del paciente fallecido, con la mayor amabilidad y buen trato posible por parte del celador, mostrando empatía, ya que esto influye positivamente en la familia a nivel emocional.

Recordar que el celador en ningún caso deberá dar ningún tipo de información a los familiares del fallecimiento del paciente, les derivara en ese caso al médico responsable de él.

6 Bibliografía

1. VV.AA. Celador de instituciones sanitarias. Funciones propias. Ediciones Rodio.
2. María del Carmen Cuerva Gutiérrez. El celador de instituciones sanitarias públicas. Formación integral y especializada. Alcalá grupo editorial. 2018.

Capítulo 325

LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y EL PUESTO QUE OCUPA EL CELADOR

BERNARDO GARCÍA GÓMEZ

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

CARMELO ESCUDERO DELGADO

MARIA DEL CARMEN VILLORA LOPEZ

DAVID MADRIGAL RICHART

1 Introducción

Éste área se centra en dar una atención especializada, mediante dispositivos hospitalarios y ambulatorios a personas que sufren trastornos mentales de naturaleza y gravedad diversa.

Las funciones de los celadores en este área son variadas y una gran parte de ellas supone el trato directo con el enfermo. Por ello, y tratándose de pacientes con características conductuales especiales, la estampa del celador cobra una importancia capital y para nada exenta de un gran compromiso. Dentro de estas funciones localizaríamos las que son más comunes a cualquier celador: servir de ascensorista, vigilar entradas, tramitar o conducir pesquisas verbales o escritas, transportar menaje, traslado de pacientes dentro de la unidad o a otras entidades, etc. Sin embargo este celador formalizará una serie de funciones que le son propias y diferenciadoras de otro celador que esté asignado a una unidad diferente.

La vigilancia a los problemas de salud mental de la población se consumará potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los medios de hospitalizados parcial y la atención a domicilio con el fin de comprimir al máximo la hospitalización. Los servicios de salud mental y el cuidado psiquiátrico del sistema sanitario general habitarán en conexión con los servicios sociales para cobijar la prevención primaria y atender los problemas psicosociales que soportan la pérdida de la salud.

2 Objetivos

El objetivo será indicar y conocer cuáles son las funciones del celador dentro de la unidad e salud mental.

3 Metodología

Para efectuar esta publicación bibliográfica será llegado a cabo una investigación sistemática de artículos científicos divulgados en diferentes bases de datos como Elsevier, Cuiden y Medline, así como en el buscador de Google Académico y consultando varias guías y protocolos clínicos. Los criterios de inclusión fueron artículos escritos en inglés, portugués y español, relacionados con los protocolos de psiquiatría, los tipos de triaje existentes y la labor desempeñada por el cela.

4 Resultados

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Las funciones del celador dentro de este área serán las de vigilar el acceso a la unidad, no permitiendo la entrada más que a personas autorizadas y cuidando que no introduzcan comida, bebida u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados. Asiste con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los utensilios o ropa, evitando su desperfecto. Gestionara y trasladará sin dilación las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean dados por sus superiores. Traspasarán de unos servicios a otros los aparatos o útiles que sus superiores les manden. Vela del entorno del paciente

creando un buen ambiente de iluminación y sonido, alzando persianas por la mañana y bajándolas por la noche. Vela por el orden y la armonía de los pacientes. Intentara conseguir el mayor silencio posible en toda la unidad, respetando los horarios de reposo. Examina la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella operación que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad. Vigila que todos los pacientes realizan un aseo personal fomentando una correcta higiene. Quedará encargado de acudir al servicio de farmacia a retirar el pedido, conteniendo el traslado de medicamentos de la planta de hospitalización a la farmacia. Conduce a los pacientes, junto con el personal sanitario, a los paseos por el exterior del ambiente hospitalario. Estimula la actividad física de los pacientes. Se abstendrá de hacer reflexiones con los familiares y visitantes de los pacientes sobre sus prescripciones, exploraciones y tratamientos que se estén efectuando a los mismos, y mucho menos sobre los pronósticos de su dolor, debiendo siempre emplazar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo. Ayudará al personal sanitario a contener al enfermo si este se encuentra agitado.

5 Discusión-Conclusión

Es habitual encontrar a pacientes con patologías que cursen con autolesiones. Los intentos de suicidio. El celador psiquiátrico, por su proximidad casi continua con el paciente sería la primera línea de prevención para divisar y frenar estas conductas. Igualmente es común que algunos pacientes tengan disposición al conflicto con otros usuarios. El celador colaborará con el personal médico en la sujeción de estos pacientes agitados o agresivos. El celador se convierte además en una figura de seguridad que anima y escolta al paciente al exterior. Hemos visto como la figura del celador psiquiátrico se dibuja como un experto que comparte las funciones generales de cualquier otro celador, pero que además se encarga de otras específicas de un valor fundamental. El paciente psiquiátrico es a menudo una persona que requiere más agente y agudeza que otro paciente de una unidad distinta, por lo que el celador que esté en contacto casi continuo con él ha de ser una persona que entienda las peculiaridades de este tipo de paciente. El ambiente es una variable esencial en el buen curso de toda dolencia mental, y dado que el celador psiquiátrico o deja de ser parte trascendental de ese ambiente, es crucial que sepa obrar a favor del mismo.

6 Bibliografía

1. Ullán, A. M., Celador, R. G., & Manzanera, P. (2010). El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(3), 146-152.
2. Barrientos Vargas, G., Cala Sierra, M., & Bataillo Savón, A. (1999). Comunidad terapéutica: experiencia de trabajo en la sala de psiquiatría del hospital militar. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 149-153.
3. Lorda, D. S. (2017). *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. R. H. García-Alejo (Ed.). Los Libros de la Catarata.

Capítulo 326

ACCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA

DELFIN MACHUCA NEBRED A

1 Introducción

Según la ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios, los hospitales, que tienen más de cien camas, disponen de un servicio específico de área de farmacia para el paciente ingresado. Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital, se establecerá reglamentariamente la escasez y premisa de más farmacéuticos adicionales en las farmacias de los hospitales.

La labor del celador en esta unidad es muy importante, por eso es fundamental que siempre esté presente. Los servicios de farmacia de los centros hospitalarios, centros de salud y las estructuras de la atención a la salud, están obligadas a dotar, suministrar o a dispensar los medicamentos que se les requieren y soliciten en las condiciones legales y reglamentariamente instauradas y establecidas.

El celador en el servicio de farmacia llevará a cabo responsabilidades como la recepción de material, movilizar el material pesado, así como transportarlo dentro de la farmacia. De igual modo, trasladará los carros con medicación a las diferentes unidades hospitalarias y realizará los inventarios del material.

Los servicios de farmacia realizarán una adecuada gestión y un mejor uso de los medicamentos, realizando para ello un uso racional. El celador, por su parte, ayudará a que el servicio de farmacia pueda llevar a termino todas sus funciones.

2 Objetivos

Conocer e identificar las diferentes funciones del celador en el servicio de farmacia y la importancia de su trabajo en esta unidad.

3 Metodología

Para realizar el presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre el tema a tratar. Para ello se ha buscado información en páginas especializadas como Scielo, Cinahl, Scopus y Elsevier, utilizando como palabras clave: celador, área, zona, unidades de farmacia y funciones.

4 Resultados

Los hospitales deberán disponer de servicios, zonas, áreas o unidades de farmacia hospitalaria siempre acorde a los mínimos establecidos por la ley. Las funciones en cuanto a la farmacia hospitalaria es instaurar, organizar establecer un sistema eficaz y seguro de distribución en los medicamentos, para garantizar y asegurar su correcta administración, custodiar y poder dispensar los productos en fase o etapa de investigación clínica y velar por el adecuado cumplimiento de la legislación sobre medicamentos de las sustancias psicoactivas o de cualquier otro fármaco que requiera de un control especial.

El celador en el servicio de farmacia se encarga de la recepción del material, siempre asegurándose que dicho material corresponde con los albaranes y entregando una copia de dicho albarán al personal sanitario. En el caso de error en el material suministrado, no se debe de recoger y se pondrá en conocimiento del responsable de la farmacia.

Este material recibido el celador lo entregará al personal sanitario, junto con la correcta copia del albarán que se corresponda con el material, para que los servicios administrativos contabilicen la entrada de este. El objeto de que lo clasifiquen ordene y coloquen en estantes. Hay que tener en consideración que determinados productos son acondicionados y colocados directamente por el celador, como puede ser, las garrafas de alcohol, botes de suero fisiológico, entre otros.

El celador no es el responsable ni colocará los medicamentos, solo se encargará del alcohol o los botes de suero. Por otro lado, el celador va a distribuir la medicación a las plantas o unidades del hospital, prepara el alcohol y colabora con el personal y el equipo sanitario en los inventarios.

El celador repartirá con rapidez, eficiencia y eficacia el material a las diferentes y diversas unidades hospitalarias. Cuando el material a repartir es voluminoso o pesa demasiado, lo llevará en unos carros destinados para ese fin.

El celador de farmacia deberá efectuar los recuentos correspondientes y periódicos del material que sean atribuidos en su responsabilidad, teniendo por objeto comprobar las existencias veraces de los productos almacenados, esto se efectuará en el recuento que se hace cuando el inventario general, que suele ser anual, para conocer la existencia real del material almacenado.

5 Discusión-Conclusión

El celador, en su actualización en el servicio de farmacia, será supervisado por el personal o el equipo de enfermería y el farmacéutico responsable. Su trabajo es indispensable en esta unidad, entre otras cosas, porque se encarga de entregar la medicación de los pacientes a las unidades de hospitalización, siempre puntual para que el servicio funcione correctamente.

El servicio de farmacia en los hospitales es fundamental, ya que provee al resto de servicios de material sanitario. Para ello, las unidades o servicios de farmacia hospitalaria efectuarán funciones para una eficiente, una adecuada gestión y así poder conseguir un mejor uso y control de los medicamentos, es decir, lograr un uso racional de los fármacos.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la farmacia. <http://www.celadoresonline.blogspot.com>.
2. El servicio de farmacia. <http://www.cgtsanidadlpa.org>.
3. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios. <http://www.boe.es>.

Capítulo 327

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

1 Introducción

La asistencia telefónica es un servicio que, aunque ya se empleaba, se ha implementado en hospitales y centros sanitarios desde la pandemia por Covid-19 como medida de contención pensada para evitar grandes aglomeraciones en este tipo de espacios.

Mediante la atención telefónica se organizan las agendas, se emiten citas de atención médica tanto telemáticas como presenciales, se realiza un primer cribado de atención en centros ambulatorios y hospitales. Y se reciben, atienden y tramitan quejas, reclamaciones y agradecimientos de los pacientes, derivadas del empleo de los servicios sanitarios.

En un centro de salud, la llamada telefónica supone un alto porcentaje de la actividad asistencial. Y aunque puede parecer que libera de trabajo presencial, también

conlleva una carga de trabajo adicional, pero en la mayor parte de los casos soluciona los problemas o dudas de los pacientes, quienes, en caso de que esta posibilidad de consulta no existiera, tendrían que ser atendidos de manera presencial de una forma probablemente urgente en la consulta.

Este es por tanto, un sistema de asesoramiento que permite realizar un triaje respecto a la necesidad de atención del paciente. Beneficia a médicos y pacientes, así como a cualquier persona que esté trabajando en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la atención telefónica a los pacientes dentro del entorno hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Desde la implementación por necesidad debido a la pandemia por Covid-19 del empleo de la atención telefónica hasta su normalización, hemos sufrido un complicado proceso de adaptación.

Actualmente la atención telefónica se realiza de forma programada según el horario en las agendas individuales reduciendo las interrupciones de las consultas presenciales.

Evitan masificaciones en los centros ambulatorios y hospitalarios y facilitan la calidad de la información en la interacción. Se ha demostrado que esta vía de comunicación es capaz de resolver problemas de diversa clase y en distintos grupos de edad.

Una consulta telefónica tiene ventajas como la de evitar desplazamientos o acortar las esperas. Disminuye los riesgos de contagio y permite una consulta ágil en caso de que el problema sea poco complejo. Para el auxiliar administrativo también tiene ventajas a la hora de interactuar, como la seguridad individual

frente a contagios y la estricta estructura organizativa en torno a las agendas de citas, las cuales previamente podían llegar a ser muy ambiguas.

En cuanto a las desventajas, lo que obviamente para el profesional sanitario en circunstancias complicadas del paciente va a requerir una segunda cita personificada en la que el estudio presencial contextualizado con pistas visuales aporten la información necesaria que de otro modo, con el intercambio comunicativo telefónico hubiera podido ser confuso o incorrecto. En el caso de los auxiliares administrativos existe la posibilidad de necesitar el empleo de más tiempo, por ejemplo en explicaciones sobre informes o citas que de manera presencial, hubiese sido más rápido de resolver. También dependiendo del paciente, y sobre todo de la edad de este, se puede encontrar con alguien que sienta rechazo o inseguridad frente al uso del teléfono derivado del grado de incertidumbre debido a las prisas o a un déficit en las habilidades comunicativas, las cuales con el lenguaje no verbal (gestos) se hubiera podido solventar.

5 Discusión-Conclusión

Aunque estamos acostumbrados a realizar consultas telefónicas en el ámbito sanitario, en general estas consultas eran realizadas para resolver incógnitas de baja complejidad, bien por dudas de tema administrativo ya por petición o recordatorio de citas, renovaciones o dudas respecto a las recetas, por renovación de medicamentos, información sobre resultados, etc.

Desde la pandemia provocada por el Covid-19, se han empezado a hacer consultas telefónicas por una mayor variedad de motivos y con una mayor complejidad, bien por el tipo de paciente que la solicita, por la variedad de posibles motivos de la consulta, o por ambas.

Aunque como auxiliares administrativos que trabajan como profesionales en el ámbito sanitario hemos podido adaptarnos a la situación en un breve periodo de tiempo, pues así nuestro trabajo lo requirió. Hemos de ser conscientes de que también ha sido un reto para el resto de profesionales y pacientes manteniendo una actitud empática a la hora de desempeñar nuestro trabajo.

6 Bibliografía

1. Monsalve Saiz M., Peñalba Citores A.C., Lastra Gutiérrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria: ¿está justificada?. Rev. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2013 Dic [citado 2021 mayo 09]; 15(60): 329-331.

2. http://scielo.2.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000500007&lng=es.
3. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000500007>.

Capítulo 328

LA DOCUMENTACIÓN DE LA JUBILACIONES SANITARIAS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el que realiza todo o casi todo el trabajo en cuestión de documentación, jubilaciones, invalidez, citas médicas o documentos de prescripciones médicas, informes médicos etc.

La prestación de la jubilación es una modalidad de tipo contributivo, cubre la pérdida de ingresos que sufre una persona cuando, alcanzada la edad establecida, cesa en el trabajo por cuenta ajena o propia, poniendo fin a su vida laboral, o reduce su jornada de trabajo y su salario en los términos legalmente establecidos. Estas personas entran en el régimen general de jubilación cuando, afiliadas o y en alta o en situación asimilada al alta, como por ejemplo excedencias forzosas, excedencias por cuidados de hijos, y por supuesto que reúnan las condiciones de edad, período mínimo de cotización y hecho causante, legalmente establecido.

También formarán parte de la prestación de jubilación los que, aunque no estén dados de alta, cumplan con los criterios de años cotizados y si la edad de esta persona es acorde también a la prestación.

Generalmente, por las manos del auxiliar administrativo pasan numerosos contratos o documentos de personas que solicitan la jubilación, pero no saben cómo se genera ese proceso o que pasos han de seguir para solicitarla. El auxiliar administrativo es el encargado de ayudar a este tipo de personas para poder llegar a tener esa prestación.

2 Objetivos

- Conocer el proceso que realiza el auxiliar administrativo para generar una solicitud de prestación por jubilación.
- Describir qué complicaciones puede encontrar el auxiliar administrativo al gestionar las prestaciones

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, que nos llevó a bases de datos en las que nos han enseñado y hemos podido incluir, qué tipo de procedimiento realiza el auxiliar administrativo para realizar la solicitud para un usuario. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron informes, documentos, proceso y protocolo.

4 Resultados

- La revisión bibliográfica que hemos realizado es un tema que lleva peso de mucha información, la cual el auxiliar administrativo debe de enseñar al usuario para que pueda solicitar correctamente la prestación de jubilación.

El usuario se puede encontrar ante la duda de como poder realizar la solicitud.

En el caso de acudir al auxiliar administrativo, este comenzará en primer lugar, a abrir el proceso con un número de referencia, que va a ser muy importante en todo el procedimiento para todos los trámites. El auxiliar administrativo tramitará toda la documentación a través del departamento de atención al usuario,

con todas las fotocopias o documentación que se necesita como: vida laboral, fotocopia del documento nacional de identidad y tarjeta de seguridad social. Esta documentación se presentará en el registro y llegará al auxiliar administrativo, que registrará todos los datos y realizará la petición del usuario.

La Seguridad Social tendrá un mes para recopilar todos los documentos y, en menos de seis meses, la Administración deberá contestar. Si no es lo hace, se considerará silencio administrativo positivo, que es como aceptar como válida la solicitud que ha presentado el usuario. (Blasco Lahoz, J.F., 2014).

Todo usuario que presente la solicitud, tanto por vía electrónica como de forma presencial, debe realizarla por escrito, para que quede constancia de la misma y se le pueda facilitar un informe adecuado.

- Las complicaciones que puede llegar a encontrar según los autores que hemos encontrado, en cuanto a la gestión de esta documentación, es que el usuario no presente todos los documentos, o que estos documentos no sean los originales, sino una copia, por lo que no se acepte la solicitud. También puede ocurrir que el usuario no sepa escribir ni leer, por lo que tendrá que realizar toda la solicitud de la prestación el auxiliar administrativo.
- También se puede dar la situación de encontrar usuarios que tienen la jubilación anticipada por la empresa, la cual tiene un convenio con los empleados.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos en este capítulo es que la jubilación es una etapa en la cual la persona ha cumplido la edad y los años trabajados requeridos para tramitar la solicitud de la prestación. Se trata de personas ya con una edad, a las que no se les puede considerar mayores, pues en hace unos días estaban desempeñando su jornada laboral con destreza y buena actitud, pero sí que, en algunas ocasiones, no están actualizadas en el tema de tramitación de documentos. Por ello, el auxiliar administrativo es el encargado de ayudar en todos los trámites para poder llegar a obtener una pensión por los años trabajados.

6 Bibliografía

1. www.riesgos-laborales.com.
2. Ergonomía – M. Inmaculada Girón Cónsul y Ricardo Fernández García.
3. “La ergonomía en tareas administrativas” Universidad Politécnica de Valencia.
4. Página web del INSST.

Capítulo 329

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA ISABEL MARTÍNEZ GÓMEZ

FRANCISCA LÓPEZ LARA

ROSARIO TOLEDO CAMPOS

MACARENA GIL FERNANDEZ

MARÍA DOLORES GARCIA BLEDA

1 Introducción

El Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social determina que el Auxiliar Administrativo de sanidad tiene como función principal la del apoyo material, ejercicio y desarrollo de las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución y las de preparación y tratamiento de los datos. Tratará con la atención al público, recepción de llamadas, preparación y tratamiento de los datos informáticos de pacientes, organización de expedientes, mecanografía de documentos y otras tareas administrativas.

Las funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad son más que necesarias. Sus obligaciones pueden parecer sencillas desde un punto de vista externo y, sin embargo, la carga y la variedad de cometidos a los que hacer frente hacen que

su figura sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende también de su trabajo.

Los requisitos para ser auxiliar administrativo en Sanidad son:

- Tener la nacionalidad española o la de algunos estados miembros de la Unión Europea.
- Haber cumplido los 16 años y no sobrepasar la edad de jubilación forzosa.
- Estar en posesión del título de ESO, graduado escolar, grado medio de Formación Profesional, técnico, Formación Profesional de primer grado, bachiller o equivalente.
- Tener las capacidades funcionales para el desempeño de las funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad.
- No estar inhabilitado ni haber sido separado, por medio de expediente disciplinario, de cualquier servicio de salud o administración pública.

2 Objetivos

Describir e indicar el papel del auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El perfil profesional de un auxiliar administrativo de salud es que debe ser competente, con alta capacidad de escucha y diversidad humana, gran sentido de ética, capaz de desenvolverse adecuadamente en los diferentes escenarios de las instituciones de salud y ambientes humanos complejos, responsable, comprometido con las funciones administrativas y promoviendo estilos de vida saludable.

Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo están definidas en la Orden de 1984 que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social. Este estatuto recoge las competencias de un auxiliar administrativo de Sanidad.

Algunas de las funciones mas importantes de un auxiliar administrativo son:

- Elaboración, mantenimiento y actualización de ficheros y archivos varios.
- Apoyo administrativo a la gestión y seguimiento del Área.
- Atención al paciente tanto presencial como telefónicamente.
- Gestión de citas de los pacientes, así como las de los profesionales del centro sanitario.
- Utilizar los programas de ofimática y los específicos del sistema sanitario de su comunidad autónoma.
- Digitalización de los documentos para evitar futuros deterioros y posibles pérdidas.
- Realizar los informes pertinentes a petición del paciente, o del profesional así como su envío si fuese necesario.
- Llevar un control y estadística de las actividades de cada profesional del centro.
- Tramitar la gestión de nuevos pacientes en el centro así como la baja de los pacientes que hayan cambiado su domicilio o hayan fallecido.
- La gestión de transporte, como las ambulancias.
- Llevar un control de la asistencia de los pacientes.
- Fotocopias de documentos y recepción de fax.
- Gestión del material del centro.
- Incorporar a los expedientes administrativos la documentación necesaria.
- Gestión de la Historia Clínica de cada paciente.
- Tramitar la correspondencia tanto de entrada como de salida del centro de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativo deben tener capacidad para:

- Orientar a los usuarios y gestionar y organizar el flujo de pacientes con amabilidad y respeto.
- El acceso a las prestaciones asistenciales para que sea sencillo, equitativo, ágil y eficaz.
- Gestión y coordinación de las derivaciones entre los diferentes centros sanitarios.
- Recoger todos los datos necesarios para la actividad asistencial realizada.
- Establecer coordinación y comunicación entre la atención primaria y la asistencia especializada.
- Realizar la recepción del usuario a los servicios de salud y tratar de facilitar su uso a los pacientes.

- Facturar la prestación de todos los servicios, según la normatividad vigente en los casos que sea oportuno.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia de la Lengua.
2. Orden de 28 de mayo de 1984.
3. Ley 55/2003 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 330

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

DAVID CESPEDES MARTÍN

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

1 Introducción

En el servicio de Radiodiagnóstico también forma parte los celadores, que realizarán unas funciones específicas en ellos, muchas de ellas son comunes con el resto de funciones que realizan en las distintas áreas del hospital o centro de salud.

El celador es el profesional encargado de garantizar la funcionalidad dentro de los centros hospitalarios, y es el responsable de vigilancia, traslados y documentos, movilización de pacientes y demás tareas auxiliares que permite la colaboración con el resto del personal sanitario como por ejemplo los médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos, etc.

El servicio de radiodiagnóstico existe en los centros de atención primaria y en atención especializada. Este servicio cuenta con la colaboración del personal no sanitario del hospital entre los cuales se encuentran los celadores, cuya figura se encuentra en contacto directo con los pacientes durante toda su estancia.

La radiología, se conoce también como radiodiagnóstico o diagnóstico por imagen y es una especialidad que se encarga de realizar imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos como son los rayos X o los ultrasonido. A partir de este descubrimiento de los Rayos X se han conseguido infinidad de mejoras, tanto en los equipos utilizados como en los medios de protección. En la actualidad son posibles los estudios del esqueleto, sistema nervioso, aparato urinario, corazón, tórax, etc.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en el servicio de radiodiagnóstico y describir este servicio.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda basada en una revision bibliográfica empleando diferentes bases de datos necesarios para este capitulo con las principales bases de datos como Pubmed y Scielo. Tambien se ha usado el buscador académico Google con palabras clave con celador en rayos.

4 Resultados

Los rayos es la prueba que más se demanda, el celador tiene la responsabilidad de estar siempre localizado. Las funciones del celador en este servicio son:

- Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad que corresponde hasta el lugar de procedencia, cuidando siempre que a cada paciente le acompañe su Historia clínica, que se la debe de dar enfermería.
- Ayudarán al Médico responsable o personal de Rayos, a la movilización de los pacientes que lo necesiten.
- Ayudarán al personal encomendado para ello a la movilización de los pacientes. Para ello, tendrán los debidos conocimientos para ello.
- Tramitarán o conducirán sin tardanza todas las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que le sean mandado por sus superiores, así como trasladarán de unos servicios a otros los aparatos, mobiliario y documentación que se les requiera.
- Realizarán, excepcionalmente, labores de limpieza que se les encomiende, por dificultad de manejo de aparatos radiodiagnósticos.

- Observarán las normas internas del Servicio de Radiodiagnóstico.
- También serán misiones de los Celadores de Radiodiagnóstico, todas aquellas funciones similares que le hayan sido mandadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas en el equipo de Radiología.
- A los pacientes urgentes se les llevara al servicio de Radiología en cuanto lo encomiende la enfermería, para hacerles las pruebas pertinentes, y se devolverá al paciente a su lugar de origen, hasta que el médico le den los resultados.
- A los Pacientes Hospitalizados que no puedan ser movidos, se les hará pruebas radiodiagnósticas acompañando al personal especializado por las plantas con el portátil, y se le realizarán los movimientos necesarios para colocarle las respectivas placas, todo con la instrucción del personal técnico del servicio de Radiodiagnóstico.
- El Celador tendrá que estar siempre localizado, para lo que se le pueda requerir. En este servicio también nos podemos encontrar con pacientes que estén en aislamiento, por tanto habrá que conocer y usar las normas de este procedimiento y el protocolo de actuación.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores ejercen una labor extraordinaria en los servicios de radiodiagnóstico, apoyan en todo momento al personal técnico en imagen para el diagnóstico como al paciente, y favorecer la realización de las pruebas, mantienen la seguridad del paciente y la de todos los profesionales implicados. Las funciones del celador vienen recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social como dice sus funciones según Orden de 5 de Julio de 1971.

Para el buen funcionamiento en el servicio de radiodiagnóstico es necesaria una especial organización y sincronización para que el trabajo fluya con agilidad ya que es uno de los servicio más demandado de los centros hospitalarios, con una gran carga de trabajo.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>.
2. <https://revistamedica.com/eficacia-eficiencia-celadores-radiodiagnostico/>.
3. Celadores.org [Internet]. Salamanca: El Greco; 2018 [citado el 19 de julio del 2021]. Disponible en: Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios.

Capítulo 331

FUNCIONES DEL CELADOR EN MATERNIDAD

DAVID CESPEDES MARTÍN

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

1 Introducción

La gestación es una fase en la vida de toda mujer en la cual es muy importante y trascendental pues como resultado es la llegada de un bebé a este mundo. Esta etapa, que dura nueve meses va a originar una serie de cambios tanto a nivel psicológico como físico en la mujer.

El embarazo culmina con el parto, podemos definir el parto como el proceso por el cual el feto abandona el organismo materno. El parto es el momento más esperado y también el más estresante para las mujeres, que ocurre alrededor de las 40 semanas de embarazo.

Con el fin de garantizar un final de embarazo óptimo, la mujer no solo va a necesitar del apoyo profesional (profesionales de la salud), sino que también va a ser muy importante el apoyo que reciba de sus familiares y amigos. Es imprescindible asegurar un ambiente de tranquilidad y cooperación.

El celador es una parte bastante activa en los diferentes procedimientos que se van a llevar a cabo dentro del área sanitaria y sus funciones deben siempre ajustarse a las necesidades del área de maternidad, siendo así su figura imprescindible para las diferentes actuaciones llevadas a cabo con los pacientes de esta área.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en el área de maternidad y paritorios, reconociendo y destacando su importancia en esta área.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “funciones del celador en maternidad”.

4 Resultados

Las funciones concretas a realizar por el celador en el área de maternidad serán las siguientes:

- Recibir al paciente, valorando si necesita ayuda en silla, cama, o camilla.
- Indicarle que informe sus datos, en el servicio de admisión.
- Avisar a enfermería de su llegada, entregándole la hoja de admisión.
- Recibir ambulancias.
- Ingresar a pacientes en área de hospitalización con la historia clínica y avisando a enfermería.
- Mantener el orden en la planta y el buen uso de las instalaciones.
- Revisar y mantener en perfecto estado el material, camas, carros, porta sueros, etc., procurando que estén siempre en su sitio e informando al supervisor/a de cualquier anomalía para su reparación.
- Colaborar con el personal sanitario en el aseo, cambios posturales, levantar y acostar a las pacientes.
- Traslado de pacientes a las distintas consultas: consulta de eco, anestesia, hospital de día, etc.
- Trasladar a las pacientes de alta que lo necesiten en cama o en carrito.
- Trasladar a las pacientes a las salas de parto y/o quirófanos.

- Traslado de niños con su historia a la unidad neonatal o consulta.
- Traslado de madres a la unidad para lactancia o para alguna prueba.
- Llevar a las pacientes que lo precisen a que les realicen el preoperatorio.
- Recoger los preoperatorios para las intervenciones pendientes.
- Cursar peticiones, hojas de consulta, etc.
- Transportar analíticas al laboratorio.
- Transportar muestras a anatomía patológica.
- Trasladar las historias de alta en control y llevar a archivos.
- Llevar recetas y retirar medicamentos urgentes en farmacia.
- Traslado de pacientes y sus historias para la realización de ecografías, una vez finalizada la prueba se ira a recogerlas.
- Llevar el parte de programación de quirófano a la secretaria de archivos.
- Traslado de aparataje que se necesite en el servicio.
- Llevar material necesario para el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Momentos antes iniciarse el parto, la ansiedad de la mujer es importante, y a esto hay que añadirle el dolor interno que le producen las contracciones o el hecho de dar a luz. Por ello el apoyo moral que el Celador pueda dar a la parturienta mientras la traslada a la unidad o a la sala de partos, contribuirá a disminuir la ansiedad de la misma, lo que facilitará el proceso. El celador es una parte bastante activa en los diferentes procedimientos que se van a llevar a cabo dentro del área sanitaria y sus funciones deben siempre ajustarse a las necesidades del área de maternidad.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Pubmed.
5. <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>.
6. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/>.

Capítulo 332

ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL PARA LOS CELADORES

DAVID CESPEDES MARTÍN

YOLANDA BRUCES SANCHEZ

VÍCTOR GUILLERMO SIMARRO GARCÍA

ANA BELÉN TRIGUERO FERNÁNDEZ

NOELIA IGLESIAS SILVA

1 Introducción

Según la Asociación Española de Ergonomía, la ergonomía la define como "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". El trabajo de los celadores exige en todos los casos una serie de esfuerzos físicos que muchas veces repercuten negativamente en la salud, tanto ósea como muscular a medio y largo plazo. Para la conservación de una buena salud, es necesario adaptar el trabajo a las capacidades y a las posibilidades del individuo, en esto se basa el principio de ergonomía.

Los celadores tienen que conocer los principios ergonómicos básicos a aplicar en la profesión y mantener en el trabajo una buena higiene postural, por ello hay que formar a los profesionales sanitarios, y en especial a los celadores que es responsabilidad tanto de los servicios de salud laboral como de los trabajadores,

que son los principales interesados en no sufrir las patologías derivadas de su ejercicio profesional.

Las patologías más comunes suelen ser:

- Síndrome del Túnel Carpiano: Compresión del nervio mediano sobre el canal del carpo.
- Tendinitis: Inflamación de los tendones.
- Lumbalgias: Dolor localizado en la zona baja de la espalda.

2 Objetivos

Analizar las ventajas de un adecuado movimiento para el celador e identificar los principales aspectos básicos a tener en cuenta.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y consultando las bases de datos de Google Académico. Se emplearon palabras como: celador, ergonomía, postural, higiene, lesiones, muscular, laboral, etc., Así como las bases de datos Puede o Scielo.

4 Resultados

Los celadores durante su trabajo diario, realizan movilizaciones de pacientes en posturas complicadas, trasladan camas, camillas y sillas de ruedas, colaboran en los aseos, traslados de expedientes, aparatos y muestras, etc., por ello hay que conocer y fomenta una buena ergonomía e higiene postural de forma preventiva, fomentará la calidad de vida de los trabajadores y así aumentarán la eficacia en su trabajo.

Los principios de la ergonomía son los siguientes:

- Identificar y reducir los riesgos laborales.
- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, con el fin de que el trabajo pueda ser realizado con protección a la salud y la seguridad y con el máximo de confort y eficacia.
- Establecer prescripciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo a las características del propio trabajador.

- Añadir nuevas tecnologías en las organizaciones y su adaptación a las capacidades y aptitudes de la población laboral existente.
- Aumentar la motivación y sobre todo la satisfacción en el trabajo.

Con estos principios conseguiremos una serie de ventajas como son:

- Estimular el funcionamiento del sistema musculoesquelético corporal.
- Reducir la cantidad de energía necesaria para movernos y mantener el equilibrio.
- Disminuir la fatiga y el riesgo de sufrir lesiones.

El celador es el principal encargado de realizar la movilización de los pacientes en el hospital y además el encargado de colocar al paciente en la posición adecuada con ayuda de los demás profesionales médicos, como por ejemplo: una intervención quirúrgica, una prueba, una exploración, un traslado o simplemente para realizar cambios posturales, por eso utilizaremos una mecánica corporal adecuada a nuestro cuerpo.

Las patologías más comunes suelen ser:

- Síndrome del Túnel Carpiano: Compresión del nervio mediano sobre el canal del carpo.
- Tendinitis: Inflamación de los tendones.
- Lumbalgias: Dolor localizado en la zona baja de la espalda.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de los pacientes u objetos debe llevarse a cabo siguiendo unas normas para evitar los posibles riesgos y favorecer la comodidad del paciente, por eso es fundamental que el celador tenga nociones básicas de ergonomía y mecánica corporal, él debe reconocer las posiciones anatómicas y las técnicas adecuadas para levantar, sentar o mover al paciente. Por ello la formación en salud laboral y prevención de riesgos debería ser una prioridad absoluta tanto para los empleadores como para los trabajadores.

Si las técnicas se practican correctamente, utilizando los principios de la ergonomía y mecánica corporal, el celador se moverá con más facilidad y seguridad.

6 Bibliografía

1. Magdalena Jordán V., Francisco Cordón L. Ergonomía. El Celador en los distintos ámbitos sanitarios. Primeros Auxilios. [2000: 8:163-191]. Formación continuada Logos. www.scielo.org.

Capítulo 333

ACTUACIONES DEL CELADOR EN CENTROS SANITARIOS

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

JAVIER MELLADO MONTEJANO

MANUELA CALERO PARRA

1 Introducción

El celador estará atento y a disposición de todo paciente que llegue al centro, para ayudarle e indicarle con amabilidad y de forma eficiente cualquier tipo de cuestión que demande.

Es por tanto el celador con quien tendrá el primer contacto el usuario de los centros sanitarios, el cuál deberá transmitir calidad en la asistencia contribuyendo al buen funcionamiento del centro.

El celador en todo momento estará apoyado por un equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios ofreciendo asistencia interdisciplinaria.

Las funciones de los celadores estarán recogidas en la Orden de 5 julio de 1971 por la que se aprobó el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, artículo 14, párrafo 2.

Suman un total de 22 funciones, más una 23 que de forma inespecífica esta en-carga al celador todas las funciones similares a las anteriores que les encomien-den sus superiores y que no hubiesen quedado específicamente reseñadas.

El celador no será considerado personal sanitario, pero desarrollará sus funciones en instituciones sanitarias y podrán ser en las distintas áreas que la disponen, desde urgencias hasta el servicio de almacén, farmacia, quirófano, puerta, archivo, planta, servicio de ambulancias, UCI, rehabilitación, lavandería, esterilización, entre otros lugares.

2 Objetivos

- Enumerar las actuaciones que debe realizar el celador en el ámbito hospitalario.
- Detallar las competencias del celador junto al equipo interdisciplinario.

3 Metodología

Para elaborar el presente artículo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en libros, revistas y publicaciones en varias bases de datos como PubMed.

En la web de mundopositor.info

Y también se han revisado varias entradas de la web revistamedica.com.

4 Resultados

Procuraremos describir cuáles son todas las funciones de los celadores en los servicios de salud.

Recepcionarán al paciente. Deberán hacer guardia dentro de los turnos que se les correspondan, cuidarán que los paciente no hagan uso indebido de los enseres y ropas. les instruirán en el uso y manejo de las persianas y cortinas. Vigilarán las entradas de la Institución permitiendo el paso a las personas autorizadas. Deberán encargarse del orden y silencio en el centro. Deberán vigilar el acceso de familiares y visitantes en las habitaciones. Se encargarán del traslado de pacientes del centro y en el servicio de ambulancias, por ello es importante que el celador conozca las posturas básicas del paciente encamado y la forma de moverlo ya que encontraremos a muchos de estarán discapacitados y no serán independientes. De forma excepcional, deberán lavar, bañar o asear a los pacientes dependientes según las indicaciones de los supervisores o sustitutos de estos. Ayudarán al personal sanitario, trasladando los cadáveres al mortuorio. Gestionarán rápidamente las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia, aparatos o mobiliario que proceda. Ayudarán en las autopsias no haciendo uso de instrumental sobre el cadáver y limpiarán la mesa y la sala. Realizarán de forma ex-

cepcional labores de limpieza. Serán responsables de los animales utilizados en los quirófanos experimentales, los cuidarán alimentarán, limpiarán las jaulas y los asearán antes y después de las pruebas experimentales bajo las indicaciones de los superiores jerárquicos. Por ausencia del peluquero o por urgencia rasurarán a los pacientes quirúrgicos. En los quirófanos auxiliarán en todas sus labores propias. No realizarán comentarios sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos, debiendo orientar las consultas hacia el facultativo encargado del paciente. Ayudarán al personal sanitario y no sanitario al movimiento y traslado de los pacientes encamados. Ayudarán en la colocación y retirada de las cuñas por circunstancias especiales. Vigilarán a los pacientes y visitantes, evitando que fumen, traigan alimentos, se sienten en las camas, deambulen por los pasillos más del tiempo necesario para llegar a donde se dirijan. Deberán vigilar por la noche del interior y exterior del edificio. Deberán transmitir a sus superiores los desperfectos o anomalías en la limpieza y conservación del edificio y del material. Harán de ascensoristas cuando se les asigne. Y como ya hemos adelantado en su ultimo artículo encarga a los celadores todas aquellas funciones similares a las anteriores que no hayan quedado concretamente indicadas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador de un hospital cumplirá las funciones relacionadas con la limpieza y la higiene, así como con todo lo relacionado con el desplazamiento, traslado y movilización.

Es muy importante su colaboración en las tareas auxiliares.

Una de las funciones principales es la que realiza recibiendo al paciente o usuario. Son profesionales con tareas indispensables en el ámbito hospitalario y casi siempre estarán supervisados por un superior jerárquico, ya sea la Dirección de Gestión y Servicios Generales, el Jefe de Personal Subalterno, el Auxiliar de Enfermería, el Personal de Enfermera, el Personal Médico, el Anestesiista, el Cirujano, el Auxiliar Administrativo, el Administrativo, el Informático. Así, se podrá apreciar la importancia de sus competencias y trabajo y la gran cantidad de colectivos que dependen de su buen hacer.

6 Bibliografía

1. <https://mundopositor.info/funciones-de-un-celador-dentro-del-servicio-de-salud/>.
2. <https://revistamedica.com/personal-celadores-centros-salud/>.

3. <https://revistamedica.com/celadores-tipos-funciones/>.

Capítulo 334

LA PRÁCTICA POR EL CELADOR EN EL ENDEREZAMIENTO DEL PACIENTE

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

MARIA GENOVEVA GALLEGOS TREJOS

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

1 Introducción

No todos los pacientes pueden acomodarse adecuadamente en la cama o en la silla como a ellos quisieran ya que por sus circunstancias de movilidad o de patología, a veces requieren de la ayuda y colaboración del personal tanto sanitario o no sanitario.

Debido a muchas variantes y patologías el paciente se puede encontrar encamado o en silla y que por el paso del tiempo en esta situación y la incomodidad o discapacidad que pueden sentir o tener se van descolocando de la posición inicial en la que se les dejó colocados.

En cuanto a este artículo nos centraremos en el enderezamiento que es una de las actuaciones del personal sanitario y no sanitario que más ejecutamos y practicamos y que va a consistir en posicionar correctamente al paciente cuando está mal colocado debido a movimientos del mismo o deslizamientos por la prolongación en el tiempo de la misma posición tanto en la silla o en la cama.

En la mayoría de las ocasiones esto se debe, porque el paciente se desliza hacia la parte de los pies en la cama o hasta el borde en el asiento de la silla. No debe ejecutarse el acto de levantar al paciente, se practica siempre deslizándolo correctamente y siempre se debe evitar el rozamiento o los golpes al poner en práctica esta técnica de la movilización en el enderezamiento.

2 Objetivos

Describir paso a paso la Técnica del Enderezamiento en cama del paciente que va a colaborar puesto en práctica por un solo celador, el enderezamiento en cama del paciente que no va a colaborar, puesto en práctica por dos celadores y veremos el enderezamiento del paciente en la silla.

3 Metodología

Se trata de una investigación en la que se ejecuta una revisión de la literatura que existe en este campo, tanto nacional como internacionalmente. También se hace una revisión a través de diferentes bases bibliográficas de la literatura científica que existe, de libros, artículos científicos e información procedente de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Enderezamiento en cama del paciente que puede y va a colaborar puesto en práctica por un solo celador:

- Solo se necesita de un celador para subirla o enderezarla.
- El celador se coloca junto a la cama del paciente a la altura de su cadera.
- Pedir al paciente que se agarre con sus manos a la cabecera o en los laterales de la cama.
- Los brazos del celador se colocarán por debajo de las caderas del paciente para poder ayudarlo a subir hacia la cabecera de la cama.
- Decir al paciente que si puede flexione las rodillas para poner las plantas de los pies apoyadas en la cama y así poder disponer de fuerza para elevar los glúteos y dar un pequeño impulso hacia la cabecera de la cama.

Enderezamiento en cama del paciente que no va a colaborar, puesto en práctica por dos celadores.

Con un celador a cada lado de la cama:

- Se retirará la ropa de la parte superior de la cama incluida la almohada.
- Un celador se colocará a nivel de la pelvis del paciente, con las piernas separadas y la rodilla más lejana de la cabecera semiflexionada.
- Los dos celadores deben introducir un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo de los glúteos, a nivel del muslo.
- En un movimiento coordinado, se debe levantar al paciente con suavidad y deslizarlo hasta la posición acordada, ejecutando un cambio de peso desde la pierna más lejana a la cabecera a la que está más cercana.

Con dos celadores al mismo lado de la cama:

- Se retirará la ropa de la parte superior de la cama incluida la almohada.
- Un celador se pondrá a nivel del tronco, pasará un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo de la mitad del tronco.
- El otro celador coloca sus brazos por debajo de las nalgas. Los brazos deben colocarse en forma de bandeja para no producirse ninguna lesión ni en los celadores ni en el paciente.
- En un movimiento al unísono, se elevará cuidadosamente al paciente hacia la cabecera de la cama, cambiando la carga de la pierna más alejada del cabecero a la otra, sin hacer sufrir la espalda.

Enderezamiento del paciente en la silla.

Si el enderezamiento se produce en un sillón o silla, las pautas son:

- Se flexionará las rodillas del paciente y se dejarán los pies a la misma altura.
- El celador se posicionará detrás de la silla del paciente en postura de dar un paso.
- Para posteriormente ejecutar un ligero retroceso y proceder a deslizar al paciente hacia la parte de atrás de la silla o sillón.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar a partir de la descripción en este artículo de la técnica de movilización en relación al enderezamiento del paciente tanto en cama, en silla o sillón, que la correcta puesta en práctica va a ayudar y beneficiar tanto a los celadores sanitarios y no sanitarios que la ejecutan a la hora de prevenir luxaciones y daños musculares, como al paciente que requiere de ellas ya que después de ejecutarlas y dejarle acomodado se encontrará más cómodo y a gusto, nos podemos encontrar con pacientes que nos van a ayudar llamados pacientes colaboradores o pacientes que debido a su patología no pueden colaborar

y ahí es donde entra la ayuda y el conocimiento de estas técnicas del personal que presta la ayuda.

6 Bibliografía

1. Técnicas de movilización de pacientes para trabajadores del SAS. Prevención de RRLL. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
2. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y trasferencias. Manual para el cuidador Gobierno de Aragón.
3. Movilización de pacientes. Hospital de Donostia.
4. Consejos y cuidados tras un ictus: información para pacientes y familiares. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria.

Capítulo 335

EL CELADOR. APLICACIÓN DE EJES Y PLANOS A LAS POSICIONES ANATÓMICAS

MARIA GENOVEVA GALLEGO TREJOS

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

1 Introducción

Una de las múltiples ocupaciones del profesional celador es el traslado y movilización de los pacientes, bien sea en silla de ruedas, camilla o cama.

El artículo 142 del Estatuto Marco dice: "Ayudaran, asimismo, a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los pacientes encamados que requieren un trato especial en razón de sus dolencias".

El celador para llevar a término el traslado y la movilización de pacientes debe ser conocedor de unos conceptos fundamentales sobre los planos y ejes del espacio, al igual que se tendrá que conocer las diferentes posturas anatómicas.

Muchos de los pacientes que están hospitalizados tienen movilidad reducida. Dentro de sus funciones y una de las prácticas que el celador más ejecuta es que

tenga que colaborar con estos pacientes en su movilización y traslado. Para ejecutar esto de forma adecuada el celador debe conocer las posiciones anatómicas que se utilizan en el en las instituciones sanitarias.

Para una mejor descripción, el cuerpo humano se divide en ejes y planos. Los principales son:

- Eje longitudinal: el que corta el cuerpo en toda su longitud.
- Eje transversal: corta de derecha a izquierda y es perpendicular al anterior.
- Eje sagital: va dirigido de adelante hacia atrás.

Estos ejes se corresponden con una serie de planos, son los siguientes:

- Plano sagital o plano medio: se situaría en la línea media del cuerpo, lo parte en dos mitades: derecha e izquierda.
- Plano transversal u horizontal: al plano sagital es perpendicular. Va a dividir al cuerpo en una zona superior y otra inferior.
- Plano coronal medio o frontal: a la frente es paralelo. Va a dividir el cuerpo en una parte anterior y posterior.
- Plano oblicuo: tiene una angulación de 45 grados respecto al plano sagital y al plano frontal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Ver las diferentes posiciones anatómicas y conceptos sobre eje y planos, los diferentes movimientos.

Objetivos secundarios:

- Abordar las técnicas requeridas por los celadores para movilizar y trasladar pacientes.
- Conocer los aparatos o equipos más usados por el celador.

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 ejecutado 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 cambios en la posición y movimientos que pueden ejecutar las extremidades y partes del cuerpo humano son:

- Flexión: poder doblar la extremidad sobre una articulación.
- Extensión: consiste en estirar o extender una extremidad sobre una articulación.
- Abducción: mover para alejarse del plano medio.
- Aducción: mover para acercarse del plano medio.
- Eversión: cambiar de dirección hacia fuera.
- Inversión: cambiar de dirección hacia dentro.
- Rotación: mover ejecutando un giro sobre un eje.
- Circunducción: mover circularmente alrededor de eje del cuerpo.
- Pronación: girar el antebrazo que posicionara la palma de la mano hacia atrás o hacia abajo.
- Supinación: girar el antebrazo que posicionara la palma de la mano hacia arriba.

Las posiciones de las que parte siempre un paciente y que son básicas y adopta en la cama son tres: decúbito supino, decúbito lateral y decúbito prono.

- Decúbito supino: el paciente esta boca arriba, está acostado sobre su espalda con los brazos y piernas extendidas, las rodillas ligeramente flexionadas y los pies en ángulo recto con respecto al cuerpo. Esta posición está indicada para la estancia en cama, traslados, cambios posturales y postoperatorios.
- Decúbito lateral: el paciente se halla tumbado de lado, con la cabeza sobre la almohada y el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza. La pierna que no está en contacto con la superficie está ligeramente flexionada para dar más estabilidad. Esta postura está se utiliza en cambios posturales, postoperatorios e higiene profesional.
- Decúbito prono o ventral: el paciente está boca abajo, con la cabeza en la almohada ladeada. Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

Según las circunstancias el paciente puede adoptar otras posturas durante su permanencia en cama. Estas posturas son:

- Fowler o Semi Sentado: paciente semisentado. La cabeza y el tronco se elevan a 45 grados. Existe la posición Fowler baja o semifowler en ella es de 30 grados, se utiliza para cambios posturales y transporte de paciente. En la postura Fowler alta es de 90 grados.
- Posición ginecológica o litotomía: el paciente se encuentra en decúbito supino, las rodillas separadas y flexionadas y los pies sobre la cama. Posición para revisiones ginecológicas y para el parto.

- Posición de Trendelenburg: el paciente en decúbito supino. El cuerpo en inclinación de 45 grados respecto al plano del suelo, quedando la cabeza más baja que los pies.
- Posición antitrendelenburg o Moretín: es contrario a la anterior, la cabeza más alta que los pies. Empleada para pacientes con problemas respiratorios, hernias de hiato, etc.
- Posición genupectoral: el paciente se apoya sobre sus rodillas, con el tronco inclinado hacia delante. Empleada para exploraciones prostáticas rectales, enemas, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Posición de Sims o semiprono: es una posición entre decúbito prono y decúbito lateral. La pierna inferior debe estar semiflexionada y la superior doblada por cadera y rodillas. También llamada posición lateral de seguridad para pacientes inconscientes.
- Roser: el paciente está en decúbito supino con la cabeza por fuera de la cabecera de la cama, colgando. Se utiliza lavados de cabeza en pacientes, en exploraciones, intervenciones de otorrino, intubaciones, etc.

El celador debe seguir unas directrices durante la movilización del paciente:

- Seguir las pautas que marque del profesional sanitario.
- Guardar siempre la privacidad e intimidad del paciente.
- Se Adoptarán las medidas adecuadas de higiene que sean necesarias.
- Evitar los movimientos bruscos.

Para ayudarse en la movilización el celador puede emplear:

- Sábanas.
- Rolón.
- Transfer.
- Guías y arneses.

5 Discusión-Conclusión

De la descripción minuciosa que hemos expuesto tanto de los ejes y planos como de los cambios de posición y movimientos, así como las posturas básicas se llega a la conclusión de que es muy sustancial que el personal celador conozca todas y cada una de las posiciones anatómicas en la que puede estar el paciente o que nosotros mismos debemos colocarle. Al hablar de movilización el celador debe tener en cuenta la seguridad, tanto para él mismo como para el paciente. Para situar, mover o trasladar al usuario correctamente, no solo bastan una serie de cualidades físicas, sino que es necesario ejecutar estas técnicas siguiendo unos

criterios que permiten evitar riesgos, saber utilizar bien la mecánica corporal para que esta sea coordinada, eficaz y segura.

6 Bibliografía

1. C. Guillamas, E. Gutiérrez, A. Hernando, María José Menéndez, G. Sánchez-Casado, Tordesillas. "Técnicas básicas de enfermería". Editex 2014.
2. Conocimientos básicos y funciones del celador 2014.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 336

EL AISLAMIENTO UNIVERSAL DEL CELADOR

JAVIER MELLADO MONTEJANO

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

1 Introducción

Las medidas de aislamiento y las precauciones que deberán tomar los celadores y demás equipos sanitarios y no sanitarios serán aplicables como reglas universales a la hora de la prevención de contagios. Estas medidas estarán dirigidas principalmente a los enfermos con sospecha de infección por agentes patógenos, pero se tendrá muy en cuenta que todo enfermo es una fuente de infección en potencia.

Las categorías de aislamiento o precauciones universales se dividirán en cinco grupos. Precauciones generales:

- Precauciones estándar.
- Precauciones por gotas.
- Precauciones por aerosol o por vía aérea.
- Precauciones por contacto.

La clasificación de los aislamientos hospitalarios según las enfermedades, categorías o vías de transmisión serán:

- Aislamiento estricto.
- Aislamiento respiratorio.

- Aislamiento entérico o digestivo.
- Aislamiento cutáneo.
- Aislamiento protector/inverso.
- Aislamiento por sangre y secreciones.

Habrán dos tipos de precauciones de aislamiento.

Las primeras serán diseñadas para el cuidado de todos los enfermos independientemente de su diagnóstico o su estado de infección, aplicando las precauciones estándar.

Las segundas serán las precauciones diseñadas sólo para el cuidado de enfermos específicos.

En los centros existirán Unidades de Aislamiento que estarán especialmente diseñadas para proporcionar unos cuidados seguros, adecuados y de calidad, con procedimientos óptimos de prevención y control de la infección, para pacientes con enfermedades contagiosas probables o confirmadas.

2 Objetivos

Describir las medidas a aplicar en cuanto a las precauciones estándar y a las precauciones universales para la prevención de la transmisión de microorganismos.

3 Metodología

Para la revisión bibliográfica del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de Pubmed, Scielo y se han seleccionado artículos de varias web médicas.

4 Resultados

En este apartado se expondrán las diferentes pautas a seguir ante patologías infecciosas y su aislamiento.

El ingreso de un paciente deberá realizarse por un acceso seguro y controlado y sin riesgo de contaminación del edificio o de otros pacientes. Se acordará un

sistema de seguridad para las visitas, un control de accesos, sistemas de vigilancia con cámaras y apertura y cierre de puertas automatizado.

Deberán estar perfectamente diferenciadas las áreas de limpio y de sucio.

Habrán vestuarios, duchas y zonas de descanso para el personal donde los suelos, paredes y techos serán de un material adecuado para la desinfección.

Las habitaciones dispondrán de antecámaras para la adecuada puesta y retirada de los Equipos de Protección Personal, EPIs. También tendrán instalado un sistema de comunicación bidireccional y un sistema de ventilación independiente con salida directa al exterior con un mínimo de 12 renovaciones de aire por hora.

Las precauciones estándar estarán destinadas a prevenir la transmisión de infecciones, tanto del paciente hacia el profesional como del profesional al paciente. Con ello se tratará de reducir o inhibir el crecimiento y propagación de microorganismos.

El orden de colocación de las prendas de aislamiento o barrera es el siguiente.

Calzas, gorro, mascarilla, gafas, bata y guantes.

Una vez puesto correctamente el EPI, procederemos a la higiene de las manos con agua y jabón, siendo esta una de las medidas más importantes y eficaces de las precauciones estándar. La higiene se realizará siempre antes y después del contacto con el paciente.

Es la forma más frecuente de transmisión será por contacto.

Con contacto directo la infección que pasará directamente desde el reservorio a la persona susceptible.

Con contacto indirecto la infección que pasará a través de fomites.

El paciente se ubicará en una habitación individual si es posible. Nunca compartirá habitación un paciente inmunodeprimido.

Los pacientes con meningitis, tosferina, rubéola, parotiditis y coronavirus entre otras, la transmisión será por gotas.

El paciente se ubicará en habitación individual si es posible. Se podrá compartir habitación con pacientes infectados por la misma enfermedad. Nunca compartirán habitación pacientes inmunodeprimidos.

Los pacientes con tuberculosis, varicela y sarampión la transmisión será por vía aérea.

Igualmente el paciente será ubicado en una habitación individual, en esta ocasión con presión de aire negativa. Compartirá habitación si los pacientes padecen

igual diagnóstico. La puerta siempre permanecerá cerrada.

Para el aislamiento estricto la habitación será individual y obligatorio mantener la puerta cerrada. El lavado de manos. Colocación de mascarilla, gafas para prevenir salpicaduras y guantes. Las prendas contaminadas se dejarán dentro de la habitación.

Para el aislamiento respiratorio la habitación será individual si es posible, si no lo es se dejará una separación de al menos 1 metro con el otro paciente. Lavado de Manos. Uso de mascarilla. Guantes. Gafas.

Se usarán pañuelos desechables, se limitará la salida del paciente y la puerta estará cerrada.

Para el aislamiento entérico o digestivo habrá dentro de la habitación individual un lavabo. La bata es obligatoria y se usarán guantes para manipular el material contaminado.

Para el aislamiento cutáneo la habitación será Individual si es posible con lavabo. El lavado de manos será obligatorio con jabón antiséptico en las unidades críticas. Se usarán guantes al tener contacto con el paciente y tocar lo menos posible las heridas. El material para vestirse deberá estar preparado dentro de la habitación. Las prendas contaminadas quedarán dentro de la habitación en un contenedor. Los pacientes con grandes quemaduras necesitarán aislamiento estricto.

Para el aislamiento protector/inverso la habitación será individual en lo posible incluyendo un lavamanos. No compartirán la habitación. En el lavado de manos se usará jabón antiséptico. Mascarilla. Guantes. Gafas. Se mantendrá la puerta siempre cerrada y las ropas utilizadas se depositarán en un contenedor que encontrará cuando se salga de la habitación.

Para aislamiento por sangre y secreciones se lavarán las manos. Se tendrá especial cuidado con agujas y materiales punzantes depositándolos en contenedores especiales.

Se usará bata, mascarilla o gafas si existiera posibilidad de exposición a la sangre. Se tendrán las precauciones por Sangre con todos los fluidos corporales excepto el sudor.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la prevención de la infección y a los tipos de aislamiento, se protege gran parte de la salud.

Todas las precauciones universales y las precauciones de aislamiento son de aplicación a todos los usuarios que acuden a los centros sanitarios, aparte de su diagnóstico o de su presunto estado de infección.

La administración se deberá implicar en la formación del personal. Con personal entrenado se garantiza un funcionamiento preventivo de calidad.

Actualmente hay suficientes estudios que demuestran que aplicando las medidas de prevención la asistencia sanitaria disminuirá de una manera significativa evitando en gran número las infecciones nosocomiales.

Tan importante es la prevención de las infecciones como la protección de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/cuidados-celador-aislamiento/>.
2. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-30-enfermedades.html>.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000200001.
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28562705/>.
5. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8078>.
6. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/abr2003/2806>.

Capítulo 337

EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES O ÁREA DE REHABILITACIÓN

SAGRARIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Medicina Física y de Rehabilitación fue capacitada como una especialidad médica en 1969, y su función se centra su atención en la evaluación, prevención, diagnóstico y tratamiento de la discapacidad y su consecuente dependencia, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles, todo ello coordinando un equipo tanto multi como interdisciplinar conformado por diversos profesionales.

La Organización Mundial de la Salud concreta la rehabilitación como el conjunto y asociaciones de medidas sociales, educativas, así como profesionales destinadas a restituir al sujeto que se encuentran en situación de discapacidad la mayor autonomía, capacidad e independencia posibles. La rehabilitación incluye diferentes especialidades médicas como fisioterapia, terapia ocupacional, medicina física y rehabilitación. Todas estas especialidades tienen como objetivo diagnosticar, evaluar, prevenir y tratar la incapacidad para conseguir el mayor grado de autonomía, independencia y la posibilidad de promover, mantener, conservar o recuperar la capacidad eficaz y funcional del enfermo.

En las áreas de rehabilitación que hay dentro del hospital habrá distintos profesionales, entre ellos médicos, rehabilitadores, fisios, auxiliares de enfermería, logopedas, terapeuta ocupacional y celadores. Todos trabajan de manera coordinada en el servicio para lograr el mejor tratamiento del enfermo. Los hospitales

que tienen servicios de rehabilitación efectuarán también consultas médicas, las cuales son realizadas por diferentes expertos (médicos rehabilitadores, psicólogos, etc.) y una o más áreas de fisioterapia, además de las áreas administrativas. Una de las funciones más específicas de esta área de los celadores, es ayudar a los fisioterapeutas y resto del personal que trabaja en esta área a movilizar a los enfermos para colocarlos correctamente para que los profesionales puedan trabajar con normalidad. También ayudarán a sujetar al enfermo.

Cuando una persona se somete a rehabilitación puede estar atribuida a una gran variedad de causas como traumatológicas, trastornos del desarrollo, efectos secundarios de enfermedades o debido a cirugías mayores. Se tratan enfermos que tienen problemas de movilidad, pero también dolores. Los más habituales son las personas con traumatismos por accidentes, de tráfico u ocasionales. Pero también pueden tratarse de personas de muy diversas edades, por lo general avanzada, que soportan enfermedades degenerativas. De lo que se trata es de procurar que asimilen o que se creen buenos hábitos de vida saludable como el deporte (cada una dentro de sus posibilidades físicas), caminar, y, sobre todo, de procurarles una vida más fácil y confortable y que pueda facilitar y simplificar los trabajos diarios como pueden asearse, peinarse, calzarse, vestirse.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia que el celador tiene dentro de esta área.
- Explicar las funciones del celador en el área de rehabilitación de un hospital.

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 rehabilitación es una de las unidades que trabaja en asociación con la fisioterapia.

Esta terapia permite prevenir y recuperar la funcionalidad del cuerpo. En la fisioterapia se distingue diferentes variedades en función de la dolencia, como es la fisioterapia traumática, deportiva, reumatológica, neurológica, geriátrica y fisioterapia de la mujer para la reeducación de suelo pélvico mediante técnicas hipopresivas entre muchas otras, así como técnicas durante el embarazo. Para que un enfermo acceda a la rehabilitación hospitalaria deberá ser remitido por facultativos de atención primaria o facultativos de atención especializada. Según la gravedad del problema, el enfermo deberá iniciar el tratamiento de forma inmediata, podrá demorarse unas semanas o incluso meses.

Las funciones que se encuentran relacionadas con el área de rehabilitación van a demandar que el celador posea unas ciertas condiciones físicas aptas y acorde ya que el esfuerzo que va a efectuar. Son funciones en las que ayudará al personal requerido para ello, como son los fisioterapeutas, a efectuar los movimientos de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación. Destacamos como funciones principales del celador, tanto en puerta de rehabilitación como en el propio servicio, las siguientes:

- En puerta destacamos:

1. Recogerán a los enfermos que asistan a Rehabilitación siempre desde las ambulancias o desde cualquier otro medio de transporte en el que concurra el paciente.
2. Velarán perenemente por obtener el mayor orden y el necesitado silencio posible en todas y cada una de las dependencias del área.
3. Vigilarán todas las entradas del centro, no consintiendo el acceso a estas dependencias más que a las personas que están autorizadas a ello.
4. Darán balance a sus inmediatos o correspondientes superiores de los desperfectos o de las anomalías que se encontrarán en la limpieza y en la conservación tanto del edificio como del material.
5. Vigilarán el acceso y la estancia de los familiares y de los visitantes, según las establecidas normas del Centro hospitalario, cuidando que no se introduzcan en el Hospital más también de aquellos objetos y paquetes autorizados.
6. No dejarán nunca sin un relevo ni abandonada la necesaria vigilancia de la puerta de entrada.
7. Se deberán contener y inhibirse de hacer comentarios tanto ningún familiar y los visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, las correspondientes exploraciones, y tratamientos que se estén practicando, y mucho menos ya que incurriremos en saltarnos el secreto profesional, de informar sobre los pronósticos o cualquier otra cosa que sepamos de su padecimiento, debiendo siempre orientar esas preguntas hacia el facultativo que sea responsable de la asistencia del enfermo.

8. En sucesos que se puedan salir de lo normal podrán ser que se los necesite para cualquier otra diligencia contemplada en su estatuto.

9. En asunto de conflicto con un visitante o intruso, se llamara para prevenir a la presencia del profesional de Seguridad.

10. También serán cometidos y funciones del Celador todas aquellas ocupaciones similares a las referidas anteriormente que les sean confiadas por sus correspondientes superiores y que no estuvieran anteriormente referenciadas.

- En rehabilitación:

1. Deberán prestar su ayuda al correspondiente Fisioterapeuta, cuando se le requiera, a la hora de colocar y sujetar al enfermo en su lugar de tratamiento.

2. Efectuarán, extraordinariamente, aquellas situaciones de limpieza que se les encargue en ordenanza a la situación, o al emplazamiento, así como por su dificultad de manejo, o por el peso de los objetos o de los correspondientes locales a limpiar.

3. Custodiarán, al igual que el resto de los profesionales, de que los enfermos no hagan usanza indebida de los utensilios o mobiliario y ropas de la Institución, impidiendo así su deterioro o educándoles en el uso y en el manejo de las ventanas, persianas, o las cortinas y en general de los útiles del servicio en general.

4. Velarán perenemente por lograr el objetivo de conseguir el mayor orden y el correcto y máximo silencio posible en todas las áreas y dependencias de la Institución.

5. tendrán que rendir cuentas a sus inmediatos superiores si encontraran algún desperfecto o alguna anomalía que se pudieran encontrarán en la limpieza o si como en la conservación tanto del edificio y del material.

6. Tramitarán o trasladarán sin mucha tardanza las debidas comunicaciones verbales, además de los documentos, así como la correspondencia o de los objetos que les sean dados por sus superiores, así como tendrán de trasladar, en su caso, de unas áreas a otras, tanto los aparatos o el mobiliario que en su momento se requiera.

7. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que estén practicando a los mismos, y desde luego en ningún momento dar información sobre los pronósticos de su patología, lo correcto es derivarles a las consultas hacia el Médico encargado y responsable de la asistencia al enfermo.

8. También serán labores y cometidos del Celador todas aquellas funciones análogas a las anteriores que les sean confiadas por sus superiores y que no hayan quedado referidas en particular.

9. Traslado de enfermos. Puede ser como bien sabemos desde la habitación o

desde cualquier otra dependencia (incluyendo los vehículos) hasta el área de rehabilitación y viceversa.

10. Deberán estar localizados en el área a la que estén adscritos.

11. En el suceso de conflicto con cualquier visitante o intruso, se necesitará para más seguridad o prevención de problemas la presencia del personal de Seguridad.

12. Para la ejecución de todas las actividades referidas, así como de otras parecidas que pudieran salir, estarán sometidos a los horarios, turnos y normas del área a la que estén adscritos. De todas estas tareas, quizás la más trascendental será la de ayudar al fisioterapeuta durante el tratamiento y a efectuar los traslados y movilizaciones dentro de las diferentes salas. Para poder esgrimir adecuadamente a los enfermos durante el proceso del traslado, los celadores deberán saber manejar y tratar a los enfermos de acuerdo con su patología, particularidades, instrumentos y los materiales más comunes que esgrime el enfermo. Es importante saber cómo poder manejar al enfermo según su patología.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermos que concurren a rehabilitación son enfermos que en términos generales van a precisar de mucha ayuda por diversos orígenes, como consecuencia de una enfermedad o de un traumatismo, por lo que las funciones que ejecutan los celadores son esenciales y primordiales, ya que son ellos los que ayudan a las movilizaciones, transportan al enfermo, ayudan en caso de cualquier urgencia, tanto en la actuación de urgencia como en el traslado, así como estarán preparados para cualquier necesidad relativa con sus funciones.

Además de las funciones y cometidos propios y frecuentes del profesional celador en cualquier otra área o zona de los centros sanitarios, es muy trascendental destacar el apoyo y ayuda que ejecuta específicamente en el área de rehabilitación por la singularidad de la misma, y es que la proporción de enfermos que ostentan de una movilidad limitada o parcialmente reducida es elevado con respecto a otras áreas por lo que, aunque los celadores no sean estos en última petición los responsables del tratamiento rehabilitador, su colaboración ayuda y apoyo en la movilización, en el acondicionamiento, acomodo y en la sujeción de los enfermos que están siendo sometidos a esta tipología de las terapias es primordial.

La labor y las funciones del celador en este servicio y área es indispensable para el médico responsable rehabilitador, así como a su vez para el paciente que se le está dando asistencia.

6 Bibliografía

1. <https://wwwsermef.es> Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.
2. <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion>.
3. Formación Logoss.
4. El Celador en el Sistema Nacional de Salud, Editorial: Independently published (23 noviembre 2019).
5. <https://revistamedica.com/funciones-celador-rehabilitacion/>.

Capítulo 338

CELADOR EN LA APARICIÓN DE PROBLEMAS DE PIEL DEBIDO AL USO DE MATERIALES CLÍNICOS DE LÁTEX

ISABEL XIOMARA VALENCIA FLORES

MARIA DE LA CRUZ MEJIAS CHACÓN

MARIA GENOVEVA GALLEG0 TREJOS

VERÓNICA MEJÍAS CHACÓN

ROSA MARIA PLAZA GOMEZ

1 Introducción

Los artículos más importantes en cuanto a que contienen látex son el equipamiento hospitalario, como pueden ser los utilizados guantes, mascarillas, catéteres, vendajes elásticos entre otros y en lo referente el ámbito cotidiano, guantes domésticos, preservativos, chupetes, etc.

La urticaria de contacto será la que se exponer en este artículo, ya que es la patología con más incidencias y más recurrente en cuanto a las afecciones de la piel provenientes de la no tolerancia al látex en los enfermos y mucho más en los profesionales de la salud con sensibilización a los productos que contienen látex, el cual se encuentra en materiales hospitalarios.

La urticaria es una patología de la piel que se define por lesiones cutáneas edematosas, con los contornos delimitados y alrededor de esos contornos se evidencia un proceso eritematoso, generalmente cambiantes y tenues. La urticaria se

acompaña por carácter general, de prurito intenso, el cual es conocido también como picazón.

En lo que atañe a la composición del antígeno, los materiales que contienen goma, son los productos que se componen del látex de *Hevea Brasiliensis*, proveniente de un árbol del cual se procede a la extracción de la savia y que se obtiene por vulcanización la goma.

La citada savia proveniente del árbol referido, contiene polisoprenos con forma de gotas, que están cubiertas de proteínas de origen vegetal.

A la hora de la utilización en la industria y en su procesamiento siempre arrastra proteínas vegetales como pueden ser los algunos contaminantes, que son las precursoras de las manifestaciones alérgicas que dan la reacción alérgica a las personas.

En el material con látex. El contacto mantenido en el tiempo con el antígeno es esencial para el desarrollo de la sensibilización.

2 Objetivos

Describir como pueden ser las manifestaciones y reacciones del contacto con el látex, ver cuáles serían los grupos de riesgo. y observar cómo llegar al diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de alergias, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En cuanto a la clínica y sus Manifestación:

En lo que respecta a las manifestaciones clínicas que se pueden observar al haber estado en contacto directo con un material que contenga o que en su totalidad este realizado de goma vegetal, estas también pueden ser producida la reacción debido a una inhalación.

Clínicamente, al contacto con productos que tengan látex puede sucederle una manifestación de hipersensibilidad que se manifiesta de forma rápida como urticaria de contacto o incluso asma, rinoconjuntivitis o edemas, y si la exposición es masiva la reacción puede llegar a ser un shock anafiláctico.

Grupos de riesgo:

Podemos decir en cuanto a la aproximación en estadísticas de los grupos de riesgo, es que más de la mitad de los casos de los que se analizaron y revisaron para realizar este artículo, corresponden a trabajadores del ámbito de la salud sobre todo hospitalario, destacando en el trabajador de quirófanos.

La sensibilización predomina con diferencia en el sexo femenino (82 %), siendo más frecuente en enfermos atópicos, sobre todo con signos de eczema en las manos y en personas tratadas desde mucho tiempo a exploraciones con catéteres convencionales.

La sensibilización al látex se la relaciona en un alto porcentaje a sensibilizaciones clínicas a vegetales o frutas como el plátano, castaña, kiwi, mango, aguacate, maracuyá, papaya, piña, higo, melón, naranja, tomate, melocotón, patata, etc.

Diagnóstico:

Historia clínica minuciosa, que contenga todos los aspectos descritos anteriormente.

Los test cutáneos llamados de lectura rápida con un antígeno bien diferenciado, son una opción bastante fiable por su alta sensibilidad y especificidad, pero presenta contraindicaciones para el paciente, habiéndose referido casos de reacciones sistémicas.

Otras alternativas y opciones, como el RAST, no deriva en riesgos para el paciente, pero tienen menos especificidad y sensibilidad.

Tratamiento:

Los procedimientos para minimizar los síntomas, una vez manifestada la sensibilización, tienen escasa y poca efectividad.

Como opción, podrían utilizarse productos que no contengan goma, aunque esto a veces crea dificultades en el medio hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos en este artículo, en nuestra opinión la relevancia de la sensibilidad al látex en el ámbito hospitalario y sobre todo en los profesionales de la salud, ha adquirido una alta importancia debido al gran uso que se hace de ellos y sobre todo al largo tiempo de contacto cuando se utilizan, en referencia a los síntomas

cuando se manifiestan suelen ser muy diversos en los casos más leves se podrá observar reacciones con dermatitis de contacto o urticarias, pero no podemos obviar que en los casos más graves puede concurrir en asma o incluso en anafilaxia, en el material hospitalario el látex está presente en múltiples equipamientos como pueden ser, guantes, mascarillas, vendajes elásticos, catéteres, aunque no solo se limita al terreno hospitalario, ya que en la vida cotidiana como puede ser el ámbito doméstico nos encontramos con productos realizados en látex en guantes domésticos, chupetes, preservativos, etc.

6 Bibliografía

1. Anda M., Gómez B., Lasa E., Arroabarren E., Garrido S., Echechipía S.. Alergia al látex: Manifestaciones clínicas en la población general y reactividad cruzada con alimentos. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2003 [citado 2022 Jun 05]; 26 (Suppl 2): 75-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000400010&lng=es.
2. <https://www.uv.es/=vicaleg/PTindex/PTformol.html>.
3. Gil Micharet María Soledad, Barriga Medina Francisco José, Pérez De Villar Grande José Antonio. Alergia al látex en los trabajadores sanitarios (I): Vigilancia de la salud. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2007 Sep [citado 2022 Jun 05]; 53 (208): 53-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300006&lng=es.
4. <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/especial-master-prevencion/agentes-quimicos-centros-hospitalarios/>.
5. Salazar de Plaza Esmeralda, Pimentel Herrezuelo Eva. Página de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica: Alergia al látex. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2001 Abr [citado 2022 Jun 05]; 39(2): 74-75. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000200014&lng=es.
6. <https://www.slideshare.net/PaolaAdrianaNuez/seguridad-y-bioseguridad-hospitalaria>.
7. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000400010.
8. Duque Restrepo D. Reacciones alérgicas: aspectos claves y nuevas perspectivas. *Un. fac. Cienc. Medicina. (Asunción)* [Internet]. junio de 2015 [citado el 5 de junio de 2022]; 48(1): 69-82. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492015000100007&lng=en.
[https://doi.org/10.18004/anales/2015.048\(01\)69-082](https://doi.org/10.18004/anales/2015.048(01)69-082).

Capítulo 339

¿QUÉ FUNCIONES Y QUE IMPORTANCIA TIENE EL CELADOR EN QUIRÓFANO HOSPITALARIO?

ABEL SALAZAR CANTON

RAFAELA CANTON SALAZAR

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

YOLANDA CANTON SALAZAR

1 Introducción

Lo primero que debemos conocer es a qué nos referimos cuando hablamos de un quirófono. El quirófono es el área más compleja que existe dentro de cualquier área hospitalaria y es donde se van a realizar aquellas intervenciones quirúrgicas programadas o de urgencia. Los centros hospitalarios cuentan con varios quirófonos que van a estar divididos en áreas o bloques quirúrgicos, en donde cada uno de ellos está destinado a un tipo de cirugía concreta, y que deben estar situados lo más cerca posible de su respectiva unidad de cuidados críticos o de vigilancia intensiva (UVI).

Estos bloques quirúrgicos son las áreas más complejas dentro del centro sanitario y normalmente disponen de la tecnología más avanzada. Dada la naturaleza del trabajo a realizar en los bloques quirúrgicos se requiere que las medidas de

limpieza y los parámetros de trabajo sean más estrictos que el resto de las áreas hospitalarias.

Dadas las características señaladas del área quirúrgica, el trabajo a realizar por el celador es fundamental y debe realizarse con profesionalidad y sumo cuidado. Debe conocer y diferenciar las tareas del personal del área quirúrgica y colaborar en las funciones destinadas a su puesto de trabajo, así como conocer la importancia de trabajar en un ambiente aséptico.

El celador en el área quirúrgica debe tener un conocimiento extenso de los traslados y movimientos a realizar a los pacientes, así como conocer la correcta colocación de los pacientes en la cama quirúrgica en función de la intervención que se vaya a realizar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar detalladamente en que consiste el quirófano hospitalario y lo importante que es en un hospital.

Objetivos secundarios:

- Describir y exponer que realiza el celador en el quirófano y en que consiste su trabajo en este.
- Conocer la misión de este servicio para poder llevar a cabo un buen funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Lo primero que vamos a clasificar los diferentes tipos de intervenciones que pueden llevarse a cabo en el área quirúrgica, estas se pueden clasificar en función de la gravedad de la intervención, por la extensión, por el propósito de la intervención y por el tiempo.

Por la gravedad:

- Bajo riesgo: la intervención no conlleva riesgos ni dificultades para la vida el paciente.

- Alto riesgo: la intervención conlleva un riesgo para la vida de paciente.

Por su extensión:

- Mayor: se realiza con anestesia general y ayuda respiratoria. El periodo de recuperación puede ser de días o semanas. Se requiere preparación preoperatoria y postoperatoria.

- Menor: son cirugías más simples, normalmente con anestesia local.

Por el propósito de la misma:

- Estética: en este tipo de cirugía se busca perfeccionar y mejorar el aspecto físico.

- Reconstructiva o reparadora: el objetivo de estas intervenciones es mejorar la funcionalidad, regenerar y mejorar la apariencia corporal, así como fortificar aquellas zonas que lo necesiten, modificar defectos y articular áreas que se encuentren desviadas.

- Diagnóstica: su objetivo se basa en establecer los motivos de la sintomatología del paciente por medio de las pruebas pertinentes.

- Paliativa: métodos o procedimientos que se usan para mejorar o aliviar el dolor de cara a obtener una mejora en la calidad de vida del paciente para aquellas enfermedades que no admitan o que todavía no esté curada.

- Curativa: se retirará del cuerpo del paciente aquella parte dañada, como por ejemplo la extirpación del apéndice.

Por el tiempo:

- Programada: es aquella cirugía que se realiza con antelación.

- Electiva: cirugía que no tiene resultados graves para el paciente y que dependerá de la decisión del profesional si se realiza o no.

- Urgente: la intervención quirúrgica del paciente no puede posponerse más de 24/48 horas.

- Emergente: la acción debe ser inmediata, ya que existe un peligro más que evidente para la vida del paciente. Aquí estaríamos hablando de una Emergencia cuya cirugía debe realizarse con celeridad para no poner en riesgo la vida del paciente.

El celador en el ámbito quirúrgico desarrolla una función adicional prestando ayuda al resto del personal sanitario (enfermeros, anestelistas, etc.) pero también desempeña otro tipo de funciones similares a las de otro tipo de celadores como son:

- La movilización del paciente: colocar al paciente en la mesa de operaciones de la manera adecuada va a influir que el cirujano pueda realizar la operación de una forma correcta. Durante una intervención es muy probable que el cirujano nos

mande cambiar de posición al paciente. Y al finalizar dicha operación el celador debe saber la manera correcta de bajar al paciente de la cama quirúrgica y colocarlo en la camilla sin dañarlo lo más mínimo.

- Traslado de pacientes: se encargará de trasladar al paciente desde la habitación al preoperatorio y de aquí al quirófano, para que después de la operación lo lleve a reanimación y posteriormente, de nuevo a su habitación. El celador deberá llevar siempre la documentación y la historia clínica del paciente durante su traslado.
- Transportar material y documentos: transportará mobiliario, documentos, aparatos de diagnóstico y biopsias que deberá llevar al laboratorio para que puedan ser analizadas.
- Ayudar en el quirófano: deberá permanecer dispuesto y atento para actuar de inmediato cuando el equipo médico así se lo indique. Se encargará de ordenar los almacenes de los quirófanos, los soportes utilizados en las mesas de quirófanos y las camillas. Así como asegurarse de que todos los quirófanos queden en perfecto estado y que tengan el material necesario cuando finalice la jornada quirúrgica.
- Cuidado de las instalaciones, del material y función de vigilancia: el celador se encargará de que solo entre en la zona quirúrgica el personal autorizado y revisará el material y conservación de las instalaciones, avisando a sus superiores de aquellos desperfectos que pudiera observar.
- Una función específica del celador sería la de rasurar a los enfermos en caso de ausencia del peluquero o por urgencia de la intervención en aquellas zonas que lo requieran.

Atendiendo a la limpieza y desinfección de las zonas quirúrgicas podemos encontrar la siguiente división en un quirófano:

- Zona Blanca: es aquella zona restringida o estéril limitada solamente al personal autorizado y a la que se deberá acceder con mascarilla, gorro, guantes, calzas y uniforme para evitar un aumento de microorganismos que pudieran ser letales para el paciente. Se ubicarán en esta zona los quirófanos y antequirófanos y las zonas de lavado de manos estéril y almacén estéril.
- Zona Gris: zona cuya restricción es un poco inferior a la anterior y en la cual se deberá acceder con el uniforme, las calzas y el gorro. Se encontrarán en estas zonas las áreas de limpieza y desinfección de aquel instrumental que se utilice en el quirófano.
- Zona Negra: también se suele llamar zona “sucia”, ya que permite la entrada del personal con ropa de calle y en ella estarán ubicados los baños y vestuarios, así como la admisión quirúrgica. Dependiendo de la zona en la que se encuentre, el celador realizará funciones distintas como dar apoyo al equipo sanitario en la zona blanca, mantener ordenados los almacenes en la zona gris y controlar los

accesos en la zona negra.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo descrito en este capítulo podemos observar que el quirófano es un área crítica en todas las instituciones sanitarias, ya que debido a sus propias características, normas de actuación y protocolos la diferencian de cualquier zona asistencial del Centro.

El celador en el ámbito quirúrgico debe conocer perfectamente sus funciones a desarrollar para garantizar la salud del paciente, debe poseer de una buena coordinación, comunicación y capacidad de trabajo a la hora de dar apoyo al resto del equipo sanitario.

Por ello, es necesario que el celador de quirófano posea una formación concreta y de calidad y que conozca la importancia de una perfecta asepsia con el fin de evitar el aumento de microorganismos que pudieran poner en peligro la vida del paciente. Dispondrá de un amplio conocimiento sobre las movilizaciones para una correcta colocación de los pacientes en la mesa de operaciones.

Y, por último, pero no menos importante, deberá ser una persona empática y capaz de estar dispuesto de ayudar a los demás. Solo así se conseguirá un buen ambiente de trabajo en un área tan crítica como es el ámbito quirúrgico.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-quiroyfano/>.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/>.
3. <https://essaeformacion.com/blog/empleo/el-celador-en-el-quiroyfano/>.
4. <https://orionformacion.com/formacion/sanidad/>.

Capítulo 340

EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS CAÍDAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ABEL SALAZAR CANTON

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

RAFAELA CANTON SALAZAR

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

YOLANDA CANTON SALAZAR

1 Introducción

Según la OMS las caídas son la segunda causa de muerte por razones accidentales y representan el accidente de seguridad más común en los hospitalizados.

Los profesionales sanitarios y los no sanitarios (celadores), tendrán que prevenir las posibles caídas de los trabajadores y usuarios. Hay diferentes factores que influyen en la mayoría de las caídas de las personas que se pueden clasificar en intrínsecos y extrínsecos. Las caídas accidentales o no intencionales son la segunda, causa de muerte en las personas. La prevención incidiendo en los factores de riesgo modificables es la medida más importante para evitar las caídas.

Tendremos en cuenta que existe un alto riesgo de lesionarse por caídas en las personas mayores. Los jóvenes pueden caerse cuando juegan o hacen deportes,

pero generalmente no suelen sufrir lesiones graves, salvo en ciertas ocasiones. Hay un grupo de personas de riesgo a las que les afectan más las caídas que son las personas mayores.

El perfil del paciente con mayor riesgo de caída es aquel que tiene alguno de estos factores: movilidad reducida, alteración del estado de conciencia mental o cognitivo, caídas previas en los últimos meses, medicación y edad. Hay que concienciar al personal mediante formación para reducir el número de caídas. El personal celador suele sufrir gran cantidad de caídas en su trabajo.

2 Objetivos

Hacer un análisis exhaustivo de los motivos de las caídas de los celadores en su lugar de trabajo y proponer medidas que prevengan estos tipos de caídas en los celadores y en usuarios de los centros hospitalarios para que disminuyan estas caídas y las causas de estas.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Las caídas que más afectan a los celadores son:

1. Caídas al mismo nivel: son la segunda causa de accidentes en el ámbito sanitario y se producen normalmente por suelos resbaladizos, tropezones, uso de calzado inadecuado

Precauciones:

- Mantener bien señalizadas y libres de obstáculos las zonas de circulación.
- Extremar las precauciones en todo tipo de traslados.
- Mantener ordenadas y limpias las zonas comunes de tránsito.
- Mantener una buena iluminación.
- Evitar la presencia de cables, topes en las puertas, etc. en el suelo.
- Procurar que las puertas de acceso a las unidades permanezcan abiertas.
- Mantener la atención en los traslados. Ir tranquilos y sin prisas.

2. Caídas a distinto nivel: se dan en aquellos casos que se precisa del empleo de algún medio para acceder a zonas elevadas (estantes, armarios, etc.).

Precauciones:

- Evitar el uso de sillas, mesas como base para acceder a zonas elevadas.
- Usar material homologado y en perfecto estado (escaleras, banquetas).
- Utilizar material con una base amplia.

Las causas comunes y factores de riesgo intrínsecos: problemas de equilibrio, medicación (mareos), problemas de vista, debilidad muscular, enfermedades (presión arterial baja, diabetes, etc.). Causas comunes y factores de riesgo en el hogar: mala iluminación, barreras arquitectónicas, suelos y alfombras, humedades.

Las caídas y sus riesgos se pueden evitar formando al personal para que conozcan el tipo y formas de caídas para evitarlas.

Finalmente, en caso de caída, hay que estar tranquilo y no hacer movimientos rápidos o bruscos y si es grave llamar a la ambulancia. En el caso de caída la persona se debe situar en una postura llevadera para él.

Las caídas suponen un riesgo importante para la salud del personal celador y usuarios de los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Recomendamos y según hemos podido observar en este capítulo un continuo seguimiento de la salud: realizar exámenes de vista y de audición, pruebas de equilibrio, y hacer ejercicio (fortalece músculos y huesos para mejorar el equilibrio) y tomar suficiente calcio y vitamina D para poner fin a las caídas en todos los ámbitos y sobre todo en este ámbito sanitario del que hemos hablado en este capítulo para que el personal celador no las sufra.

Recomendaciones para el hogar: tener una lámpara, un teléfono y una linterna cerca de la cama; mantener el suelo despejado, cuidado con los cables. Asegurar las alfombras; barras y ayudas técnicas en el baño, pasamanos o barandillas en escaleras y pasillos; buena iluminación, usar interruptores que brillen en la oscuridad.

Siempre recomendamos en llevar cuidado con las caídas intentando evitarlas porque pueden derivar a situaciones de más gravedad del paciente. Teniendo en cuenta las causas y maneras de prevenirlas, estamos más cerca de nuestro objetivo.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
5. <https://www.mundosanitario.es>.

Capítulo 341

LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTA

ABEL SALAZAR CANTON

MARIA DEL CARMEN SALAZAR CARRETON

RAFAELA CANTON SALAZAR

YOLANDA CANTON SALAZAR

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

1 Introducción

Uno de los servicios existente en la mayoría de hospitales es la unidad de farmacia, desde la cual se suministra la medicación a cada planta hospitalaria para la dispensación a los pacientes. En un Servicio de farmacia hospitalario prestan servicio los siguientes profesionales: farmacéuticos, FIR (Farmacéutico Interno Residente), DUE, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, y Celadores, en los cuales nos centraremos en este capítulo.

El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico, especialista en farmacia hospitalaria. Las funciones de farmacia abarcan no solo un mero almacenaje y distribución de medicación, sino múltiples tareas que comprenden desde el control y dispensación de estupefacientes y psicotrópicos a la elaboración de fórmulas magistrales, nutriciones parentales, elaboración de citostáticos, el control de los botiquines en las diferentes unidades del hospital, tareas de farmacovigilancia,

establecer un sistema eficaz y seguro de dispensación de los medicamentos hasta incluso llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas a personal sanitario y a pacientes, en definitiva una amplia variedad de funciones en las que el celador colabora en todo lo que se le requiera por parte del personal farmacéutico asignado a farmacia.

En este capítulo vamos a abordar la importancia que tiene el celador en dicha sección de los hospitales de España.

2 Objetivos

Explicar el porqué de una farmacia hospitalaria, importancia de esta y funciones y el papel que tiene el personal celador dentro de la misma, además de la importancia que tiene este personal en ella mismamente.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

El celador en forma parte del personal no sanitario de Farmacia. Entre sus funciones encontramos la recepción de los paquetes de los proveedores comprobando dicha mercancía con los albaranes y lo entregara al personal sanitario junto con el albarán para su contabilización y almacenaje. Ciertos productos como pueden ser alcohol o suero fisiológico pueden ser almacenados directamente por el celador e incluso podrá distribuirlos llevando un control y siempre existiendo la pertinente orden de recogida perfectamente cumplimentada y firmada.

Otras de las funciones que no debemos olvidar es la de movimiento de grandes pesos en la propia unidad de farmacia. Finalmente una de las más importantes será la distribución hasta los puestos de enfermería de cada planta de los carritos con medicamentos, productos como nutriciones enterales o los citostáticos que trasladara desde el Servicio de Farmacia hasta la unidad peticionaria (normalmente para los productos citostáticos Hospital de Día o Plantas de Oncología)

para los cuales se deben usar contenedores específicos para estos productos, que sean resistentes, aislantes térmicos y debidamente etiquetado, en todos los casos entregara y recogerá los documentos de comprobación de suministro y entrega debidamente firmados por los supervisores o enfermeros encargados.

En la actualidad en los hospitales el suministro de medicamentos desde el Servicio de Farmacia se realiza mediante la fórmula o método de “unidosis” o dosis única, es decir, en envases individualizados por paciente (dispensación individualizada de medicamentos) en función a lo solicitado desde la unidad hospitalaria donde se encuentre el paciente. Dicha distribución se realizará 1 vez al día, por las mañanas, entregando en el caso de las unidades de hospitalización las dosis requeridas por los pacientes ingresados hasta la mañana siguiente. Por último, el celador realizara controles periódicos de los productos que están bajo su responsabilidad que hemos comentado anteriormente y ayudara al resto de personal de farmacia en los inventarios que se realizan para conocer las existencias reales.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador en farmacia incluyen tareas indispensables para el desarrollo de la unidad, desde recepción de las mercancías, almacenaje, distribución, movimiento de grandes cargas en la unidad a incluso la dispensación de ciertos productos como alcohol o suero sin olvidar en estos casos que el celador puede despachar productos que toda solicitud o entrega de productos de farmacia debe ser firmado por el responsable de la unidad que lo recibe.

El celador debe en todo momento conocer el proceso y sobre todo la documentación de entrega y recepción de los medicamentos, así como su correcta cumplimentación y nunca debe entregar medicamentos, aunque le sean requeridos por facultativos, siempre debe remitirlo a un responsable de farmacia. Algo que sería interesante en la actualidad donde todo tiende a estar informatizado y a la supresión de papel, sería la realización por dichos celadores de cursos para el uso de material informático.

6 Bibliografía

1. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>.
2. Ribas Sala J, Codina Jané C. Farmacia Hospitalaria. Planificación y organización de un Servicio de Farmacia. 1ª Edición. EMISA.

3. Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la Farmacia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Diciembre 1.

Capítulo 342

LA LABOR DEL CELADOR EN LA VIGILANCIA DE UN HOSPITAL

MARÍA DOLORES SALMÓN CAGIGAS

1 Introducción

La vigilancia es un proceso que el celador desarrolla como una función más de sus atribuciones dentro de una institución sanitaria, vela para que las personas, objetos o procesos dentro de ella guarden las normas esperadas para un buen control de seguridad para todos, en un hospital el celador es la parte mas visible y cercana que el usuario tiene para satisfacer sus dudas.

El término “vigilancia” abarca varios aspectos, nos centramos en el celador y lo que nos aporta a este concepto:

- Controlando el acceso y abandono del personal y personas ajenas al centro, pudiendo limitar la entrada cuando considere que puede haber altercados o incluso presenten síntomas de ebriedad o suciedad.
- Salvaguardando que los elementos del hospital estén en buen estado (objetos y mobiliario) y evitando actos vandálicos por parte de algún usuario.
- Que todos los procesos y actividades que se desarrollan en una institución sanitaria guarden los márgenes de seguridad y diligencia.
- Vigilará que los usuarios del hospital no fumen dentro de él.
- Controla el acceso a repartidores y demás personas que vengan al hospital para traer pedidos y enseres para el hospital teniendo estos que identificarse previamente.

El celador cumple en una institución hospitalaria una labor muy importante para que su funcionamiento transcurra dentro de las normas establecidas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las funciones de vigilancia dentro de un hospital.

Objetivos secundarios:

- Describir los planes de evacuación en caso de emergencia.
- Conocer las normas que rigen en un hospital para que así se puedan respetar.

3 Metodología

Se utiliza información encontrada en internet:

Fisiostar.com, Murciasalud.es, opomania.net y Wikipedia.org.

Criterios de inclusión:

- Temática sobre el celador y su función de vigilancia en un hospital.

Criterios de exclusión:

- Temas en idioma distinto al español.

Palabras clave:

Celador, vigilancia, institución, normas y funciones.

4 Resultados

El celador en su función de vigilancia debe de tener conocimientos de las normas que rige la institución y ponerlos en práctica.

Recibirán órdenes de sus superiores y se encargarán de guardar, vigilar y custodiar todos los lugares del hospital.

Tareas:

- Control de accesos a personas ajenas al hospital y que van a algún servicio que se presta ahí.
- Controlar y procurar que el acceso se haga de manera ordenada.
- Indicar y dirigir a las personas al servicio que solicitan.
- Velar por el uso correcto de todos los elementos del hospital.
- Informar del uso correcto del centro y sus instalaciones así como también las normas de buena conducta dentro del recinto.
- Informar de desperfectos, averías y mal uso de todo lo que se encuentre en el hospital.
- Informar de la falta de limpieza en dependencias o material del hospital.

- Velar por el orden y silencio dentro del hospital.

Podemos concretar las actividades de vigilancia en:

Del personal:

- Conseguir orden y silencio.
- Control de personas que trabajan para el hospital pero no forman parte del como carteros, repartidores etc.
- Comprobar que todo el personal este autorizado.

De pacientes y familiares:

- Comprobar que el paciente tenga informe de alta al salir.
- Controlar el acceso a los visitantes y familiares a distintas estancias y no deambulen sin necesidad por los pasillos.

De instituciones y material:

- Que los enfermos no hagan mal uso de las instalaciones, enseres y ropa.
- Vigilar la entrada al centro y no permitir la entrada sin justificante de consulta o visita.
- Vigilancia nocturna del centro.
- Comprobar las puertas del centro e instalaciones, cerrando o abriendo cuando sea necesario, así como las luces del edificio y aparcamientos.
- Informar a los superiores de cualquier cosa que se observe.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que el paciente o usuario se encuentra en el hospital.

El celador es por tanto el primero en hacer valer las normas e informar de los usos y localizaciones del hospital al usuario.

El celador aparte de todas las funciones que desempeña en el hospital es en la vigilancia donde empieza a hacer una labor importante para el funcionamiento del hospital siempre con su buen hacer y educación, observando y dirigiendo para el cumplimiento de las normas del centro.

Una correcta información, orden, silencio y dirección de los usuarios hacen que el hospital trabaje dirigentemente en todas sus áreas y como el engranaje de un reloj “el celador” es una de sus piezas clave.

6 Bibliografía

1. <https://fisiostar.com/celador/funciones-de-vigilancia>.
2. <https://Murcia.es/recursos/ficheros>.
3. <https://es.wikipedia.org/wiki/vigilancia>
[opomania.net/wp-content/uploads/2021/06/funcionesdel celador.pdf](https://opomania.net/wp-content/uploads/2021/06/funcionesdel_celador.pdf).

Capítulo 343

PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

SONIA ABAD CORTES

1 Introducción

Los centros sanitarios son los responsables del tratamiento de los datos de sus pacientes, por eso tienen la obligación de implantar medidas técnicas y organizativas para evitar que esta se pierda o caiga en manos de personas no autorizadas. El tratamiento de la ley de protección de datos sanitario se rige por los principios de transparencia, licitud y lealtad. Se limitara la finalidad y el uso de los datos del paciente, estos deberán ser exactos, veraces y actuales.

El plazo de conservación estará limitado al cumplimiento del fin para el que fueron recabados.

Los datos de los pacientes relativos a su salud son considerados datos sensibles, y especialmente protegidos por el RGPD.

El paciente podrá solicitar en cualquier momento, copia de los datos que de el se tienen en el hospital, se hará a través del servicio del registro del mismo, pudiendo ser en formato digital o en papel. Siempre se deberá hacer por escrito, para que quede constancia de la solicitud.

Cuando quien solicita la información no es el titular, tendrá que presentar una autorización de este, según la política de protección de datos.

En el presente capitulo se desarrollaran los pilares fundamentales de la protección de datos para sanitarios y las medidas a tener en cuenta para protegerlos.

2 Objetivos

- Exponer en que consiste la protección de datos en un ámbito sanitario y los pilares en los que se fundamenta.
- Explicar las medidas a tener en cuenta para su protección.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos. Seleccionando aquellos con una antigüedad no superior a cinco años.

4 Resultados

Los centros sanitarios manejan datos relativos a la salud de sus pacientes y sus historias clínicas, consideradas como información muy sensible, por eso están obligados a seguir unas normas especiales en cuanto al tratamiento de estas.

La protección de datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulada por el reglamento Europeo de Protección de datos (RGPD Y LA LOPDGGDD).

Los principios fundamentales en los que se basa son:

- Confidencialidad de los datos médicos (secreto profesional por parte de todo el personal que tenga acceso a los datos del paciente, aunque haya terminado su relación laboral).
- Calidad de los datos (datos actualizados, veraces y pertinentes para garantizar una asistencia adecuada).
- Consentimiento por parte del paciente (contemplado en el artículo 9 del RGPD, debe de ser explícito y recogido por escrito. Su uso sin consentimiento esta totalmente prohibido).
- Informar al paciente sobre su estado (se informara de la existencia de ficheros, finalidad de estos, destinatarios y de quien se encargara de mantenerlos y así como donde pueden ejercer sus derechos).

Para el tratamiento de estos datos es obligatorio tener una hoja de información al paciente donde se autorice a su tratamiento.

El RGPD tiene las siguientes medidas para protegerlos:

- Medidas organizativas y de seguridad “evitar riesgos”.

- Evaluación de impacto “reducir riesgos”.
- Registro de actividades de tratamiento (registro de datos tanto de responsables, personal de contacto, representante y delegados de protección de datos, fines, categorías de interesados y datos de los destinatarios, así como todas las transferencias internacionales de datos).
- Nombrar un delegado de protección de datos (será el encargado de transmitir los datos de los ficheros y será responsable del mismo).
- Facilitar los derechos ARCO (permitir acceso, rectificación, cancelación y oposición de su historia clínica a cualquier paciente facilitando un informe o una copia del mismo).

5 Discusión-Conclusión

La protección de datos en el ámbito sanitario es fundamental y muy importante, se debe de proteger, evitando el acceso a aquellos que no estén autorizados, porque esa información es muy sensible y en malas manos puede ser muy perjudicial y peligrosa. Todas los que tengan acceso a ella se deberán regir por el secreto de confidencialidad.

El centro hospitalario será el responsable de tomar las medidas necesarias para protegerlos frente amenazas informáticas y accesos no autorizados. Para ver la eficacia de estas se realizaran inspecciones periódicas y de no tener un buen tratamiento de estos datos, serán sancionados. Cualquier acceso no autorizado, es considerado una infracción, en el ámbito sanitario siempre implica una sanción económica, que puede llegar hasta los 20.000.000 € en función de la gravedad.

6 Bibliografía

1. <https://ayudaleyprotecciondatos.es/sanitarios/>.
2. <https://revistamedica.com/proteccion-de-datos-ambito-sanitario/>.
3. <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/>.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300023.

Capítulo 344

ZONA SUCIA: ALMACENAMIENTO, CLASIFICACIÓN, PESADO Y CARGA DE LAVADORAS. LA BARRERA SANITARIA EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

1 Introducción

La ropa sucia contiene a menudo gran cantidad de microorganismos, pero si es procesada siguiendo los cuidados establecidos, no implica un riesgo para los pacientes ni para el personal de salud.

Las veces que se han documentado casos de transmisión de enfermedades ha estado relacionado con la manipulación inadecuada de la ropa (sucia o limpia), la no utilización de los equipos de protección personal y la falta de seguimiento de las indicaciones para llevar adelante los procesos.

Manejo de ropa sucia en su lugar de origen:

Usar guantes de látex y descartarlos luego de introducir la ropa en bolsa de plástico.

- Retirar objetos extraños

- Quitar la ropa de cama con un mínimo de agitación, evitando que toque el uniforme.
- Embolsar la ropa (sin sobrellenar la bolsa) en el mismo lugar en que fue usada.
- Evitar que la ropa sucia sea manipulada por los pacientes o sus familiares.
- Si la ropa tuviera sangre u otro líquido corporal, evitar derrames.
- Los colchones deben contar con fundas impermeables que serán limpiadas y desinfectadas, después del alta de cada paciente.
- Mantener la integridad de las fundas impermeables de colchones y almohadas.
- La ropa sucia debe ser transportada fuera del servicio (hacia el sector sucio) en bolsa plástica dentro de los carros de transporte.
- Nunca se usará el carro de transporte sucio para transportar la ropa limpia. Lo mismo aplica a los hospitales con servicio de lavadero terciarizado.
- Las tolvas o similares han dejado de usarse, por dificultades de desinfección y por riesgo de atraer roedores e insectos. Si por algún motivo se usan, cerrar muy bien las bolsas.
- El carro o contenedor debe tener bolsa de plástico en su interior. Si se usa bolsa de tela o funda de carros, debe ser de material resistente. Se lava y procesa junto con la ropa sucia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber como clasificar la ropa sucia a la llegada a la lavandería.

Objetivos secundarios:

- Describir como cargar las lavadoras según la clase de ropa a lavar.
- Exponer la clasificación de la ropa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los procesos del sector sucio del lavadero son: recepción, pesaje, clasificación y conteo de ropa.

1. Recepción: pesar las bolsas con ropa sucia (la ropa sucia pesa 7 % más que la limpia).
2. Clasificación: colocarse elementos de protección correspondientes:
Separar la ropa manchada con fluidos corporales y el material orgánico sólido tirarlo en el tacho de basura destinado a ello. Separar la ropa de color de la blanca. Mantener la ropa de neonatología, separada del resto, debe procesarse aparte.
3. Contar las prendas y revisar si hay objetos extraños (prótesis, elementos corto punzantes, etc.).
4. Colocar ropa manchada con material orgánico en lavadora de prelavado o pileta.
5. Pesar la ropa sin manchas e introducirla en lavarropas de lavado.
6. Retirarse los elementos de protección y lavarse las manos.
7. Registrar (para mayor precisión del registro conviene hacerlo a medida que realizan las tareas).
8. Evitar sobrecargar y/o subutilizar los lavarropas.

Prelavado:

1. Prelavar sólo ropa con manchas de materia orgánica y delantales plásticos protectores.
2. Se recomienda lavarropas exclusivo para esta actividad.
3. Pesar y registrar kg. de ropa que se prelavará y cantidad de jabón utilizado.
4. Si la lavadora lo permite programar sólo el prelavado (se pone jabón en gaveta I) con agua fría o utilizar el programa “remojo”.
5. Si no es posible programar sólo prelavado usar programa de lavado corto de 10-15 minutos.
6. Usar jabón biodegradable a razón de 100g cada 7,5kg. de ropa (1kg. jabón/75kg. ropa).
7. Programar un enjuague rápido.
8. Al finalizar, llevar la ropa al lavarropas de lavado.
9. Evitar dejar ropa en remojo durante la noche o por más de dos horas.
10. Usar para el traslado canasto o carro transporte de uso exclusivo para ropa desmanchada.
11. Registrar (para mayor precisión del registro conviene hacerlo a medida que realizan las tareas).

Lavado, enjuague y centrifugado:

1. Lavar a: T° de 70° C o superior entre 20–25 minutos (elimina la contaminación microbiana).
2. Usar jabón biodegradable a razón de 100 g/7,5 kg. de ropa (Medir la dosis). Suele ser necesario agregar 10-15 % más, en agua media y un 30-40 % más en aguas duras.
3. Colocar jabón en compartimento II (salvo que el manual del equipo diga lo contrario).
4. Adicionar blanqueador sólo si se observa mucha suciedad. Resolución. N°1372/2018 12 2) Enjuagar con agua a 70° C para retirar jabón (5-10 minutos).
5. Enjuagar con suavizante de 5 a 10 gr/kg. de ropa. Va en el 3er compartimento. Medir dosis.
6. Centrifugar.
7. Si la máquina lo permite, se puede directamente seleccionar un programa que incluya lavado a T° superior a 70° por más de 20 minutos, 2 enjuagues y centrifugado.
8. Registrar kg., tipo y cantidad de prendas lavadas, insumos usados, observaciones (para mayor precisión del registro conviene hacerlo a medida que realizan las tareas).

5 Discusión-Conclusión

La zona de clasificación y lavado trabaja de forma independiente y su función es recibir la documentación, pesar la ropa sucia, programar la producción de la lavandería, clasificar las prendas, preparar las cargas y los detergentes de lavado, aplicar distintos programas establecidos, cargar las lavadoras, limpiar y desinfectar la nave.

En otras palabras, el proceso de lavado debe ser exhaustivo para garantizar el bienestar y la salud del personal sanitario y de los enfermos. Las sabanas y la ropa, tanto de los pacientes como de los profesionales, son un foco muy importante de contagios; por eso, es fundamental que se utilicen los materiales adecuados para proteger las prendas y desinfectarlas de la forma más efectiva.

6 Bibliografía

1. https://www.equipo.com/blog/46_Lavanderia-industrial-hospitalaria.
2. <https://www.google.com/search?q=zona+sucio+lavanderia+industrial>.

Capítulo 345

CARACTERÍSTICAS DE LOS PRODUCTOS DE LAVADO Y NEUTRALIZANTES. CALIDADES DE LAS LEJÍAS: VENTAJAS E INCONVENIENTES

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

1 Introducción

Con la limpieza de la ropa se eliminan los productos orgánicos y se pueden destruir hasta en un 90 por ciento los microorganismos. También se protege a la ropa contra la corrosión.

El lavado de la ropa se hace con agua a la que se añaden jabones o detergentes. El jabón es una sustancia sólida, en polvo o líquida, que se mezcla con agua para limpiar la ropa y que resulta de la combinación de un álcali con los ácidos del aceite u otro cuerpo graso.

Los detergentes actúan en la misma forma que los jabones pero tienen ciertas ventajas sobre estos; son eficientes en aguas duras y son solubles en grasas y en agua.

Los detergentes o jabones son sustancias que disminuyen la tensión superficial de un líquido y provocan un aumento de poder humectante.

Los detergentes neutros no manchan las maquinarias utilizadas para lavar, no producen corrosión, pueden actuar a temperaturas bajas, tienen el problema de la formación de espuma y son afectados por la dureza del agua.

Los detergentes ácidos limpian rápidamente, mejoran la apariencia y adherencia de las superficies, no manchan.

Los detergentes alcalinos son todos aquellos cuyos pH es 8 o más, estos son igual de corrosivos que cualquier sustancia ácida. Los detergentes neutros son los que tienen entre 7 y 7,9 de pH y suelen ser muy poco corrosivos tanto para la piel como otros materiales.

Los detergentes enzimáticos son específicos para el material contaminado con proteínas (sangre, pus, heces, grasa, restos orgánicos, etc.), carecen de actividad desinfectante, actúan en menos tiempo y funcionan con pH neutro (7).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los distintos tipos de detergentes.

Objetivos secundarios:

- Conocer las calidades de las lejías.
- Indicar las ventajas e inconvenientes de los detergentes y las lejías.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen diferentes tipos de jabones o detergentes que se utilizan para el lavado de la ropa, por ejemplo están los detergentes neutros, los alcalinos, los ácidos, los enzimáticos, cada uno de ellos tiene sus ventajas e inconvenientes expuestas en la introducción.

Los detergentes completos son detergentes que contienen un agente de blanqueo capaz de liberar oxígeno, como por ejemplo Perborato.

Normalmente son detergentes para lavar en caliente que además de aportar poder detergente, aporta también poder blanqueante y desinfectante, siendo innecesaria la utilización de hipoclorito.

Sus composiciones son similares a las indicadas, con la diferencia esencial que contiene entre 10-20 % de una Persal, que si es perborato conviene lavar en caliente para obtener mayor rendimiento y si es otro tipo de persal, puede ser utilizado a temperaturas inferiores.

Existen dos tipos fundamentales de agentes de blanqueo, son los hipocloritos y los derivados de cloro orgánico (lejía en polvo).

En ambos casos el responsable del blanqueo es el oxígeno activo que se libera durante su hidrólisis cuando están disueltos en agua.

El inconveniente de este tipo de blanqueo es que, además de liberar oxígeno activo, se forma ácido clorhídrico y, si no está muy bien controlado el pH (aprox. 10), puede producir roturas y degradación de las celulósicas.

Otro gran inconveniente es que si estamos trabajando con aguas ferruginosas o que contengan partículas de hierro hemos de eliminarlo previamente, ya que de lo contrario este metal cataliza la acción de oxidación de la lejía, provocando perforaciones y/o roturas en las partes del tejido depositadas.

Otro de los inconvenientes del uso de lejías o derivados clorados, es que el tejido ha de estar muy bien aclarado y asegurarse de la ausencia de cloro antes del calandrado, ya que si no puede formarse clorhídrico y por tanto perforar el tejido.

5 Discusión-Conclusión

Para el lavado de la ropa hospitalaria es muy importante conocer los distintos tipos de detergentes y jabones para poder lavar bien la ropa y desinfectarla, también debemos conocer las ventajas e inconvenientes del uso de la lejía para blanquear la ropa.

La lejía es el desinfectante por excelencia. El empleo de la lejía no es ni bueno ni malo en sí mismo. Supone algunas ventajas muy importantes, pero conviene tener presentes los riesgos que conlleva, dado que un uso excesivo o inadecuado puede acarrear problemas.

La lejía es un compuesto químico que tiene como ingrediente activo el hipoclorito de sodio. Su uso está muy difundido en virtud de su gran poder de limpieza y desinfección, su capacidad bactericida y para eliminar restos de materia orgánica y su eficacia como agente blanqueador.

6 Bibliografía

1. https://www.aragon.es/documents/20127/674325/comunicacion_lavado_c_de_mig.pdf/ebc77431-3448-9c25-1a9f-0bb49653de2b.
2. <https://www.tintoreriaylavanderia.com/lavanderia/instalaciones/614-indusal.html>.

Capítulo 346

FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE UN HOSPITAL

SARA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN LOPEZ SUAREZ

MARIAM CORREA FERNANDEZ

LAURA FERNÁNDEZ MARQUÉS

MARIA BELEN FIDALGO MUÑIZ

1 Introducción

El Servicio de Admisión Hospitalaria es el primer contacto entre el usuario y sus acompañantes con el entorno sanitario ya sea hacia la hospitalización o por un episodio urgente.

Los usuarios que son atendidos en este servicio pueden estar especialmente nerviosos ya sea por un ingreso por una intervención quirúrgica o por una indisposición que necesite de cuidados urgentes, por esto el auxiliar administrativo debe mantener una actitud tranquila y acogedora.

La colaboración entre distintas categorías de trabajadores es fundamental para atender correctamente a los pacientes.

Cuando el paciente ingresa de manera programada se dirige a la admisión de ingresos, que está situado cerca de la entrada del hospital donde es recibido por el

auxiliar administrativo que confirma la identidad del paciente mediante la tarjeta sanitaria que éste le muestra y donde se hace efectivo el ingreso. El paciente es acompañado a su habitación por el celador.

En el área de urgencias se sitúa Admisión de urgencias que es el encargado de la organización a nivel administrativo del registro de las entradas de pacientes por esta zona, de la gestión de los ingresos en planta cuando así lo requieren y de los traslados entre las distintas plantas. También se encarga de solicitar el transporte sanitario de los pacientes que son dados de alta en el servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Describir las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de un hospital.
- Explicar las características de este servicio y la importancia en la gestión de distintos aspectos de la práctica hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

En admisión general el auxiliar administrativo realiza las siguientes tareas: recibe a los pacientes que han de ingresar, les pide la documentación para confirmar su identidad y procede a asignarle la habitación y cama que previamente ha sido reservada. Se imprime una pulsera identificativa, etiquetas adhesivas y una tarjeta de visita. Esta documentación junto a la historia del paciente se entrega al celador que acompañará al usuario hasta su habitación. Se expiden justificantes de ingreso a los usuarios que así lo soliciten previa identificación con documentación. se tramita el registro de camas del hospital, para lo que ha de ponerse en contacto con las distintas plantas de hospitalización desde donde le informarán de las altas previstas y los traslados que se vayan a producir. Con esta información se confecciona la planilla de camas, donde aparecen todas las camas

del hospital y donde se indica si están libres u ocupadas, para poder realizar la gestión de los ingresos.

En admisión de urgencias se hacen las siguientes tareas: se solicitan los datos a los usuarios que demandan una atención urgente. Estos han de identificarse mediante tarjeta sanitaria o DNI y se ha de comprobar que concuerdan los datos con los que figuran en el programa del hospital y se confirman los teléfonos. Al darles de alta en urgencias se les pregunta si vienen por una enfermedad común, accidente casual, accidente de tráfico, accidente laboral, accidente deportivo, agresión y se marca la opción en el programa con lo que se abre un episodio en urgencias.

Cuando es un accidente laboral se le entrega al paciente un impreso para cubrir con los datos de la empresa, la mutua y los datos del accidente.

Si el accidente es de tráfico también se entrega un impreso para cubrir con los datos del accidente y del seguro.

Los accidentes deportivos de deportistas federados han de ser facturados al seguro de la federación.

A continuación se imprime la pulsera identificativa y las etiquetas que se entregan al celador que acompaña al paciente al área de triaje, se entregan justificantes a los pacientes que hayan sido atendidos y que así lo soliciten, se tramitan los ingresos que nos solicitan los facultativos, para ello debemos buscar la cama para el paciente, preferiblemente en la planta del servicio al que se dirige el paciente. Llamamos a la planta para solicitar cama y preparamos la documentación (etiquetas y pulsera identificativa) y anotamos los datos del paciente y la cama en el libro de registros. Cuando la planta nos avise dando paso al paciente, avisamos al celador para que proceda a ingresar al paciente. Cuando un paciente sea dado de alta en urgencias y precise transporte sanitario se solicita la ambulancia. Se enviará al departamento de cargos a terceros toda la documentación de los casos que tengan que ser sufragados por otras entidades. Se enviarán los partes al juzgado en los casos que sea preciso.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de admisión es el encargado de efectuar el registro de entrada de pacientes, de tramitar los ingresos, solicitar el transporte sanitario, entregar justificantes y gestionar el envío de expedientes de cobro al departamento de cargos a terceros.

El servicio de admisión es el encargado de recibir a los pacientes que demandan atención urgente y los que ingresan por una intervención quirúrgica. Es el primer

contacto con el hospital en estos casos. Antes de ser atendidos los pacientes por los equipos médicos , son los auxiliares administrativos junto con los celadores los que acogen al paciente en primer término.

Señalemos también que en este servicio trabajan distintas categorías profesionales para la atención adecuada del paciente por lo que la colaboración entre todas ellas es fundamental.

6 Bibliografía

1. <https://www.chospab.es/paciente/admisiónDocumentacion/admisiónDocumentacion.htm>celadoresonline.blogspot.com/p/tema-6.html.
2. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492&sectionid=98857086>.
3. <https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html>.

Capítulo 347

EL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES TERMINALES

MANUELA CALERO PARRA

ADORACION ISABEL MONTEJANO ALMANSA

RAMONA CAMPOS CAMPOS

1 Introducción

El paciente en estado terminal es el que padece una enfermedad incurable y se encuentra en la fase final de la misma, con una expectativa de vida inferior a seis meses.

La sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL) establece que en caso de enfermedad terminal nos encontramos con una enfermedad avanzada cuyo tratamiento no es efectivo, produciéndose la muerte del paciente en un futuro próximo, lo que provoca un choque emocional tanto para el enfermo como para sus familiares. Todos estos factores hacen que se requiera máxima atención y apoyo a estos pacientes por parte del personal sanitario.

Es la medicina paliativa la encargada de su tratamiento, tratando de ayudar al paciente terminal a pasar sus últimos días con dignidad, mediante una atención continua, individual e integral (control de síntomas, cuidado físico, apoyo psicológico y emocional, etc.) que cubra todas las necesidades sociales, psíquicas, físicas, etc.

La familia también necesitara ayuda para poder afrontar la enfermedad del familiar formando parte activa de su evolución.

Asimismo, con estos pacientes es muy importante la labor del celador, el cual debe poseer conocimientos de cambios posturales, para ayudar al paciente a sentirse mejor y no producirle más daños de los que ya padece. Además, es necesario practicar un carácter asertivo, saber ponerse en el lugar de los demás y poder ayudar tanto al paciente como a los familiares.

2 Objetivos

- Exponer las distintas etapas que atraviesa el paciente en situación terminal.
- Definir la actuación del celador en relación con pacientes en situación terminal.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo. Se utilizaron términos de búsqueda en la web como “enfermedad terminal”, “cuidados paliativos”, “celador”, etc. El fin de esta búsqueda pretende poner de manifiesto los resultados sobre la actuación por parte del celador en relación con los pacientes en cuidados paliativos. De la gran cantidad de resultados encontrados se han seleccionado los que se adaptaban a los objetivos del trabajo.

4 Resultados

En lo referente a la actuación del celador con los cuidados paliativos del enfermo terminal, las funciones a desempeñar serán distintas en función del problema de salud que se presente en los pacientes.

Dichos problemas podrán ser de carácter físico (dolor, estreñimiento, náuseas y vómitos, enfermedades e infecciones en la boca, anorexia, insomnio, disnea, úlceras por presión, diarrea, incontinencia, alteraciones del tejido corneal, anuria, retención, etc.) o de carácter psicológico.

Así, desde el punto de vista psicológico, las reacciones más comunes que se producen entre los pacientes son: rechazo, soledad, ira, enfado, síntomas depresivos, síndrome confusional, agitación y ansiedad, etc.

Desde que el paciente toma conciencia de su enfermedad hasta que se produce el fallecimiento se pueden dar una serie de etapas:

1. Shock: se produce un bloqueo en el paciente cuando conoce que su enfermedad no tiene curación.
2. Negación: se produce cuando el propio paciente no quiere ver su realidad.

3. Cólera: el enfermo siente rabia, enojo, enfado, y exterioriza sus sentimientos (entre ellos la culpabilidad).
4. Negociación: el paciente negocia en base a sus propias creencias.
5. Depresión: se trata de una etapa necesaria para aceptar la muerte.
6. Aceptación: ya no hay sentimientos de depresión. El paciente está preparado psicológicamente para morir y es la familia quien necesita ayuda para poder superar y afrontar la situación.

Las actuaciones del celador que serían recomendables ante un paciente en situación terminal son las siguientes:

- Vigilar al paciente.
- Si es posible llevarle a una habitación individual.
- Mantener al paciente limpio y cómodo.
- Comprobar con frecuencia el estado de la piel y las constantes vitales.
- Acompañar al enfermo hasta el último momento.
- Evitar la soledad del paciente.
- Intentar calmar el dolor, colocándole en posiciones adecuadas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y estirada.
- Procurar que el paciente pueda descansar y reposar.
- Procurar que el resto de los pacientes se mantengan al margen de la situación.

Es importante resaltar la comunicación entre el personal de la institución sanitaria, el paciente y su familia, dirigida a informarles sobre las diferentes situaciones que se pudieran ir sucediendo.

5 Discusión-Conclusión

El celador, en relación con los pacientes en situación terminal es una pieza clave (junto con el resto de personal del centro hospitalario) en lo que respecta a procurar una transición lo más agradable posible entre la vida y la muerte. Es de especial relevancia que el paciente en situación terminal se encuentre bien cuidado y aseado, para que pueda sentirse, dentro de la gravedad de su situación, en condiciones respetables para el ser humano.

Además, si el celador tiene un carácter asertivo, puede ayudar al paciente a encontrarse en paz. También puede servir de ayuda a los familiares del paciente, que se enfrentan a la pérdida de un ser querido, situación que provoca un gran impacto emocional. Se debe tratar a los familiares de forma cordial y respetuosa, atendiendo cualquier petición y evitar realizar juicios de valores.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 348

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA FARMACIA Y EN EL ALMACÉN

RAMONA CAMPOS CAMPOS

MANUELA CALERO PARRA

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria es un servicio orientado a la atención farmacéutica de los pacientes hospitalizados y pacientes externos al hospital. En esta unidad se expenden fórmulas magistrales, especialidades y efectos accesorios farmacéuticos. Así, el encargado de dicha unidad será un farmacéutico, pero en ella trabajan gran cantidad de profesionales, tanto sanitarios como no.

Entre estos profesionales se encuentran enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos de farmacia, celadores, personal administrativo, etc. Asimismo, entre las tareas más reseñables del celador en farmacia hospitalaria, que serán ampliadas en resultados, se encuentran el traslado y colocación de la farmacia pesada, es decir, sueros, nutrición parenteral, agua destilada, etc. todos ellos todos ellos en grandes cantidades y siendo bultos pesados.

En lo referente al almacén hospitalario, es el edificio o local donde se depositan géneros de cualquier especie, normalmente mercancías de todo tipo. Por ello, debe estar adecuado para recibir, preparar y guardar cualquier tipo de suministros.

Así, el celador destinado al almacén será el encargado de recibir dichas mercancías, revisar el material recibido, colocar los productos en las distintas es-

tanterías, comprobar que los recibos de los pedidos de los diferentes servicios o unidades del hospital están correctamente cumplimentados, distribuir los suministros a las distintas plantas y servicios, participar activamente en la elaboración del inventario general, informar al responsable sobre las entradas de material, etc.

2 Objetivos

- Definir la actuación del celador en la unidad de farmacia hospitalaria.
- Definir la actuación del celador en el almacén del hospital.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo. Se utilizaron términos de búsqueda en la web como “farmacia”, “almacén”, “celador”, etc. El fin de esta búsqueda pretende poner de manifiesto los resultados sobre la actuación por parte del celador en la unidad de farmacia y en el almacén. De la gran cantidad de resultados encontrados se han seleccionado los que se adaptaban a los objetivos del trabajo.

4 Resultados

Las funciones específicas de la figura del celador dentro del servicio de farmacia hospitalaria son las siguientes:

- Recibir el material. El celador será el responsable de recibir paquetes y bultos de farmacia pesada y procederá a la comprobación de los paquetes recibidos que deben coincidir con los recibos entregados.
- Recoger diariamente los envases vacíos de soluciones desinfectantes de las consultas o unidades clínicas que le corresponda recoger el día en curso.
- Acondicionar el material. El celador será el encargado de colocar en el almacén de farmacia el material recibido que se corresponderá con la farmacia pesada (sueros, aguas destiladas, nutriciones parenterales, etc.).
- Transportar el material dentro de la propia farmacia.
- Tramitar o conducir las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Trasladar los aparatos o mobiliario que se requiera de unos servicios a otros.
- Realizar excepcionalmente ciertas labores básicas de limpieza.

- Notificar a sus inmediatos superiores de los posibles desperfectos que encontrasen en la limpieza y conservación de la farmacia.
- Denegar el acceso a las dependencias de la farmacia a las personas no autorizadas para ello.

Asimismo, las funciones específicas de la figura del celador dentro del servicio de almacén son las siguientes:

1. Recepción:

- Comprobar que los bultos son los que constan en el recibo de entrega.
- Comprobar que el material que está en la orden de petición es el mismo que el que consta en el recibo de entrega de material y en el pedido, tanto en cantidad, calidad, como en los requisitos técnicos exigidos.

2. Almacenamiento:

- Clasificar los productos de manera minuciosa y exhaustiva, para facilitar su rápida localización en el momento en que sean solicitados.
- Comprobar las existencias de los productos almacenados.
- Realizar un inventario de los productos de forma periódica.

3. Clasificación:

Los productos susceptibles de ser catalogados en el almacén lo harán en base a ciertos criterios:

- Según características y duración: material fungible o inventariable.
- Según su peligrosidad infectiva: crítico, semicrítico o no crítico.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, es necesario exponer que el celador de los centros sanitarios deberá colaborar en las diversas funciones a ellos atribuidas. Específicamente, en las unidades de farmacia hospitalaria, estas intervenciones del celador son de vital importancia para el buen funcionamiento de los equipos multidisciplinares e indispensables para el buen desarrollo de estas unidades hospitalarias y centros sanitarios en su relación con los profesionales sanitarios.

Además, la finalidad de un almacén en una institución sanitaria es garantizar el suministro de provisiones a las distintas unidades y servicios, en todo momento y a un coste razonable.

Por último, cabe destacar la función del celador en el servicio del almacén, que realiza una importante labor, siendo el encargado de recibir y almacenar la mercancía de forma eficaz para su posterior distribución a las distintas plantas y servicios del hospital de manera rápida, eficiente y resolutive.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 349

LA ROPA HOSPITALARIA. TIPOS Y CARACTERÍSTICAS

MARIA TERESA MOYA FERNANDEZ

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

JOSE DIEGO DOCON FERNANDEZ

1 Introducción

La ropa hospitalaria deberá estar compuesta por: sábanas blancas algodón 100 %, fundas almohada (blanca) Algodón 100 %, colchas cama 0,90 m. (blanca) Algodón 100 %, mantas algodón cama 0,90 algodón procesado, mantas cama 0,90 Fibra, manteles Algodón, paños de cocina algodón, toallas baño blancas algodón 100 %, paños vajilla blancos algodón, toallas mano blancas desechable, picos niño blancos, sabanillas cunas blanca desechable algodón 100 %, almohadas espuma fibra poliéster 100 %, fundas almohadas felpa plastificada, fundas colchón felpa plastificada, fundas colchón espuma, gorros verdes quirófano, paños verdes desechables, paños verdes algodón, sábanas pediatría hilo 100 %, sábanas quirófano algodón 100 %, entremetidas verdes algodón 100 %, etc.

El servicio de lavandería y lencería también se encarga habitualmente, en términos similares, de la gestión de la ropa de profesionales y de los vestuarios.

Es obligatorio el uso de uniforme en todas las áreas asistenciales del hospital, siendo obligatorio el uso de uniforme específico de quirófano (verdes de un solo uso), en áreas quirúrgicas como quirófanos, reanimación y paritorios y solamente en estas áreas. Los uniformes verdes se suministran en terminales automatizadas

que se encuentran situadas junto al bloque quirúrgico de cada edificio, siendo necesario activar la contraseña y el usuario para su acceso.

Una vez los uniformes sean usados, se depositan para su lavado en bolsas de recogida que se encuentran en la entrada de cada vestuario, y se recogen una vez limpios en el servicio de lencería.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de ropa que se utiliza en un hospital.
- Exponer las características de la ropa hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un uniforme sanitario para ser considerado como bueno debe contar con:

1. El material con el que está confeccionado debe evitar que propaguen las infecciones.
2. Debe permitir la correcta y eficaz higiene de las manos en todo momento.
3. Debe ser cómodo para no restar libertad a los movimientos del sanitario.
4. Su tejido tiene que ser hipoalergénico. tanto los uniformes sanitarios como cualquier pieza relacionada con la sanidad debe ser lo más higiénica posible. Al estar en contacto constante con distintos microorganismos y sustancias químicas de alta toxicidad o perjudiciales para la salud, la higiene en este tipo de vestuarios debe ser siempre la protagonista, siempre debemos seguir estas pautas:

Almacenamiento: para evitar que se propaguen los virus y bacterias es conveniente introducir toda la ropa utilizada en bolsas preparadas para ello. De esta manera, la ropa se pone en cuarentena para que todo lo que pueda ser perjudicial para la salud no campe a sus anchas.

Limpieza: en caso de que no haya un servicio de lavandería existen programas de lavado específicos para este tipo de prendas. Es importante que se laven de

manera individual para prevenir la contaminación de las demás prendas. Además, es conveniente que sea fácil de lavar, resistente al sol y a sustancias químicas o cualquier elemento que pueda poner en peligro la salud y seguridad del profesional.

Las batas, los delantales y los uniformes sanitarios en general pueden ayudar más a la diseminación de gérmenes y a las infecciones cruzadas que actuar de barrera. Conviene que el uniforme sea sencillo y cómodo y que sea fácil de ponerse y quitarse, en especial si el tiempo durante el cual se lleva puede verse interrumpido por actividades no asistenciales, como comer, asistir a reuniones, dar clases, etc. En principio no es aconsejable usar faldas como prenda sanitaria, porque permite una mayor diseminación de gérmenes que los pantalones.

Por lo tanto, en áreas donde se usan uniformes sanitarios, como en quirófanos, por ejemplo, es mejor usar blusa y pantalones para todo el personal. El tejido de algodón si no es especial, permite el paso de numerosos gérmenes a través de los poros, por lo que se aconsejan otros materiales más impermeables y, a ser posible, escasamente humectantes. A veces son aconsejables delantales impermeables que puedan ser desinfectados con alcohol de 70 grados o glutaraldehído. La periodicidad en el cambio de bata depende de la actividad.

5 Discusión-Conclusión

Tanto los uniformes sanitarios como cualquier pieza relacionada con la sanidad debe ser lo más higiénica posible. Al estar en contacto constante con distintos microorganismos y sustancias químicas de alta toxicidad o perjudiciales para la salud, la higiene en este tipo de vestuarios debe ser siempre la protagonista, siempre debemos seguir estas pautas:

- Almacenamiento: para evitar que se propaguen los virus y bacterias es conveniente introducir toda la ropa utilizada en bolsas preparadas para ello. De esta manera, la ropa se pone en cuarentena para que todo lo que pueda ser perjudicial para la salud no campe a sus anchas.

- Limpieza: en caso de que no haya un servicio de lavandería existen programas de lavado específicos para este tipo de prendas. Es importante que se laven de manera individual para prevenir la contaminación de las demás prendas.

Además, es conveniente que sea fácil de lavar, resistente al sol y a sustancias químicas o cualquier elemento que pueda poner en peligro la salud y seguridad del profesional.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 350

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

SANDRA LÓPEZ ANTUÑA

1 Introducción

Antes de desarrollar las funciones las cuales debe realizar un auxiliar administrativo, mencionaremos los requisitos para poder acceder a este trabajo que son los que a continuación se mencionan:

- Poseer la nacionalidad Española.
- Tener más de 16 años y menos de 65.
- Tener título de eso, bachiller, grado medio o superior.
- Ser capaz de gestionar todas las funciones que son necesarias.
- No tener ningún expediente disciplinario que conlleve a no poder trabajar en este ámbito.

El personal administrativo se divide en 4 sectores que son los siguientes:

- Grupo técnico: realiza funciones de dirección , ejecución y también administrativas y económicas de nivel superior.
- Grupo de Gestión: sirve de apoyo para el grupo técnico.
- Grupo Auxiliar Administrativo: funciones de apoyo material ,desarrollo de tareas administrativas...

Debemos destacar que tanto el personal administrativo como el personal administrativo sanitario tienen muchas funciones en común.

En algunos casos se puede llegar a pensar que son pocas o muy sencillas las tareas que estos profesionales realizan, para ello se ha obtenido información sobre todas estas tareas.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones y el papel del personal administrativo sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 funciones de los profesionales administrativos son varias pero según la Orden de 1984 que modifica el Estatuto del personal no sanitario de las Instituciones sanitarias públicas de la Seguridad Social. Esta orden recoge dos principales funciones del personal administrativo:

- Preparación y mantenimiento de datos informáticos.
- Desarrollar las tareas administrativas.

Entre todas las funciones que desarrolla el personal administrativo sanitario podemos destacar las siguientes:

- Registrar y transmitir documentos: es decir dar partes a pacientes y documentación necesaria otros profesionales.
- Informar y atender al cliente: agendar citas con médicos o reagendar citas, informar de si el médico esta disponible en ese momento o su médico esta de baja...
- Organizar expedientes y otro tipo de documentos : mantener archivado todas las pruebas que se realicen a los pacientes.

En resumen de este primer apartado el personal administrativo es el encargado de que paciente y personal sanitario (médicos, enfermeras) puedan comunicarse ya sea vía presencial o telefónica y que todas las pruebas que se realicen al paciente queden registradas por si lo necesitan en un futuro otros profesionales sanitarios.

Al realizar todas estas gestiones conseguimos que dentro del centro de Salud o hospital este toda la información registrada, ya que esto facilitará el trabajo de otros compañeros como pueden ser enfermeros o médicos.

Es primordial que todo el personal Administrativo cumpla sus funciones así los resultados en general serán mucho mejores, ya que cada puesto dentro de un cen-

tro sanitario tiene su responsabilidad y sus funciones pero un grupo necesita de otro y viceversa, por esto si el personal administrativo no cumple sus funciones puede perjudicar a otros compañeros dentro del ámbito sanitario.

Por ello debemos destacar que el trabajo sanitario es una cadena, si la cadena desde el primer momento se rompe y el personal administrativo no recoge la información o no la archiva correctamente esto puede conllevar consecuencias graves para el paciente, ya que se tendrán que volver a repetir pruebas si es que no quedan archivadas o puede llevar a complicaciones para el paciente.

Por esto el personal administrativo es la primera cara visible para el paciente y es muy importante el trato con este para poder explicar brevemente qué es lo que le sucede y poder transmitirlo al personal de enfermería o triaje sobre todo en estos últimos años, por si el paciente va con algún síntoma de Covid y que el celador y médico, lleve todas las medidas necesarias para no contagiarse, ya estando avisados de los síntomas que tiene el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el trabajo de todo el personal administrativo es imprescindible debido a que todo el trabajo sanitario es como una cadena la cual no se puede romper y claramente la función administrativa esta dentro de esta.

Son varias las funciones que realiza el personal administrativo pero también hay otras como la atención al paciente que no tiene parte administrativa, pero es igual o quizás de mayor importancia que toda la gestión administrativa que se realiza, ahora bien, si todas estas gestiones son realizadas de forma correcta y con rapidez conseguiremos un buen ambiente de trabajo y una rápida atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Ocronos-Revista médica.
2. Formación Alcalá.
3. Universidad Nebrija.

Capítulo 351

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

CARMEN MARÍA BLANCO ÁLVAREZ

LUZ MARIA CANO VALLEJO

MARÍA ISABEL BLANCO ÁLVAREZ

1 Introducción

Vacunar al personal de un centro hospitalario siempre ha sido una de las principales medidas de protección frente a muchas de las enfermedades a las que se encuentran expuestos por su profesión. La vacunación que se realiza anualmente en el periodo de gripe previene y evita la transmisión en gran medida, no solo entre los trabajadores, sino también entre los usuarios del centro hospitalario. La gripe es una enfermedad altamente contagiosa, infecciosa y en muchas ocasiones aguda, transmisible por vía aérea y que presenta en la mayoría de las ocasiones un cuadro clínico de escalofríos, fiebre, malestar general, dolor de garganta, tos seca, etc., siendo la vacunación la medida preventiva más eficaz para evitar su propagación.

Pero no solo es importante la vacuna de la gripe entre el personal de un centro hospitalario. En los últimos meses, en los que hemos vivido una de las crisis sanitarias más importantes de nuestros tiempos, haciendo frente a la pandemia

del virus Covid-19, se ha puesto de manifiesto la importancia de la vacunación, ya que puede evitar que se enferme gravemente aunque se contraiga el virus, y es la forma más segura de generar la inmunidad necesaria, no solo para protegerse a uno mismo, sino para proteger a las personas de su entorno.

Aunque hemos puesto como ejemplo la vacuna de la gripe y la del virus Covid-19, en general, las vacunas de las que dispone el sistema sanitario son una gran barrera contra enfermedades contagiosas y evitan muchas enfermedades entre el personal de centros hospitalarios y el contagio a personas vulnerables.

Los principales objetivos de la vacunación son:

- Proteger a las personas más vulnerables.
- Preservar las funciones sociales, sanitarias y de seguridad de la sociedad, protegiendo a todo el personal que forma parte de las mismas.
- Reducir la mortalidad protegiendo a las poblaciones de mayor riesgo.

2 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo sobre la importancia de la vacunación entre el personal de un centro hospitalario, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de los principales buscadores científicos como Pubmed o Scielo. Para la búsqueda se han utilizado palabras clave como vacunación y sanitarios.

3 Resultados

Está altamente demostrado a lo largo de la historia que la vacunación salva muchas vidas. Se han conseguido importantes hitos gracias a la inmunización, como por ejemplo, la prácticamente erradicación de la viruela o la disminución de la incidencia a nivel mundial del sarampión o la poliomielitis.

Las campañas de vacunación han evitado además que se propaguen enfermedades tan importantes como las paperas, la rubeola o la hepatitis B. En el último año además se ha añadido a esta lista la Covid-19.

El personal de un centro hospitalario, debe de ser consciente de la importancia de la vacunación para poder tener un buen estado de salud y además proteger a los pacientes de un posible contagio. Cuando una persona se vacuna, no solo lo hace por un bien propio, sino también por un bien común, evitando que enfermedades contagiosas se propaguen. Por eso se debe incidir en la importancia de la vacunación realizando campañas de concienciación con formación reglada

e información periódica, ya que en muchas ocasiones el rechazo a la vacuna se debe a la percepción del trabajador del bajo riesgo de enfermar, a la ausencia de contacto con pacientes de alto riesgo y al temor a las reacciones adversas.

Las indicaciones de vacunación deben de ser individualizadas en función del puesto de trabajo, de los riesgos a los que esté expuesto o del propio estado de salud.

Entre las estrategias empleadas para mejorar las coberturas vacunales se encuentran, por ejemplo, el desplazamiento del personal de vacunación a las distintas áreas laborales permitiendo así a los trabajadores vacunarse en su puesto de trabajo, la obligatoriedad que se aplica en muchos países de trabajadores que estén en contacto con pacientes de alto riesgo o la firma de la negativa a inmunizarse.

4 Discusión-Conclusión

A pesar de las campañas realizadas cada año en los hospitales y a pesar de las recomendaciones de las autoridades sanitarias, la vacunación frente a la gripe es muy inferior a lo deseado, siendo más requerida por los trabajadores de más edad. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el Covid-19, siendo el personal sanitario y no sanitario de los centros hospitalarios un ejemplo a seguir por la población por su alta tasa de inmunización.

El personal de un centro hospitalario debe de tener como principal objetivo la ejemplaridad, ya que no se puede proponer a la población que realice una acción que los propios trabajadores de la salud rechazan. Además, es muy importante la autoprotección, ya que están expuestos a multitud de patógenos, incurriendo en un riesgo muy superior de contagio.

5 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000500005#:text=La%20inmunizaci%C3%B3n%20es%20una%20intervenci%C3%B3n,la%20salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712012000200009.

Capítulo 352

CAÍDAS AL MISMO NIVEL: INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL PERSONAL NO SANITARIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

CARMEN MARÍA BLANCO ÁLVAREZ

LUZ MARIA CANO VALLEJO

MARÍA ISABEL BLANCO ÁLVAREZ

1 Introducción

La caída al mismo nivel se produce cuando un trabajador pierde el equilibrio sin haber una diferencia de altura en el suelo, en el lugar o plano horizontal donde se encuentra. Estas pueden ser producidas por resbalones, tropiezos o pérdidas de equilibrio y pueden ser provocadas por un pavimento irregular, estrecho o resbaladizo. También hay que tener en cuenta que una limpieza y un orden adecuado pueden evitar en gran medida este tipo de accidentes, así como un buen mantenimiento de las instalaciones. No debemos olvidar tampoco que el tipo de calzado debe ser con suela antideslizante, cerrado, que se sujete bien al pie, con puntera redondeada y con cierre de cordón o velcro.

Es importante recordar a los trabajadores que se debe evitar cualquier distracción que pueda derivar en un accidente, teniendo especial cuidado si sabemos que el suelo puede estar resbaladizo. Los trabajadores de más edad que padezcan algún tipo de enfermedad o que tengan mermada la visión son los que más riesgo corren de padecer este tipo de accidentes.

Por todas estas razones se debe incidir en la prevención mediante la formación e información. Las señalizaciones, como por ejemplo, de suelo resbaladizo, o de suelos a distinto nivel, también son muy importantes a la hora de prevenir posibles caídas.

2 Objetivos

- Detallar aspectos relacionados con la seguridad de los trabajadores ante las caídas al mismo nivel.
- Dar la importancia que se merece a la prevención de riesgos del personal no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo sobre las caídas al mismo nivel, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros, una revisión bibliográfica sobre la literatura existente y una consulta exhaustiva de artículos en las principales bases de datos Pubmed, Scielo y distintas publicaciones médicas.

4 Resultados

Con respecto al riesgo en concreto de las caídas al mismo nivel, se puede decir que se produce por tres motivos principalmente:

- Tropiezos con mobiliario o cableado. En ocasiones también producido por una mala organización del material.
- Irregularidades en el suelo, bien sea, por baldosas levantadas, desagües rotos, desniveles, juntas mal acabadas o discontinuidades en el suelo.
- Suelo resbaladizo provocado en muchas ocasiones por una limpieza inadecuada o nula después de un vertido accidental de un líquido.

Para prevenir este tipo de accidentes se deben de tomar las siguientes medidas preventivas:

- La iluminación debe ser adecuada a cada tipo de espacio, no debiendo existir en el puesto de trabajo lugares mal iluminados o con iluminación deficiente.
- El calzado del trabajador debe ser el apropiado, es decir, con suela antideslizante y cerrado, que se sujete al pie. En definitiva, deberá ofrecer un apoyo estable al trabajador, evitando deslizamientos.

- El trabajador debe mantener atención a los desplazamientos. Debe evitar las distracciones.
- Si se va a realizar transporte manual de materiales, se debe evitar la obstaculización de la visibilidad.
- Se deben eliminar con rapidez los vertidos o derrames. También se debe tener en cuenta que la limpieza de las instalaciones se debe realizar en los momentos en los que menos obstaculice el trabajo del resto de los trabajadores ni ponga en riesgo a estos. Siempre debe estar señalizada la zona, si un suelo es resbaladizo.
- Las zonas de circulación y las salidas deben estar correctamente señalizadas y libres de obstáculos.
- No se deben tender cables o conducciones a nivel del suelo de la zona de trabajo.
- Con respecto a las puertas transparentes, estas deben tener señalización a la altura de la vista.
- Utilizar una correcta señalización puede evitar muchos de estos accidentes.

Las consecuencias de las caídas al mismo nivel pueden ser:

- Físicas: fracturas en las extremidades, heridas y politraumatismos o incluso se pueden producir accidentes mortales o generar dolores crónicos.
- Psicológicas: las fracturas o los dolores crónicos provocados por una caída pueden provocar depresión y también puede afectar a la autoestima del trabajador.
- Productivas: Ausentismo, pérdida de la actividad laboral o incluso invalidez.

5 Discusión-Conclusión

Evitar las caídas al mismo nivel del personal sanitario y no sanitario de un centro hospitalario forma parte del trabajo del departamento de prevención, el cual tiene que estudiar los riesgos y posteriormente poner las medidas necesarias para poder evitarlos.

Como se ha expuesto a lo largo de este capítulo, las caídas al mismo nivel pueden tener importantes consecuencias tanto físicas, como psicológicas y productivas, de ahí que sea tan importante la prevención. El trabajador debe ser, ante todo, prudente. Esta característica, junto a las medidas preventivas mencionadas anteriormente, serán el pilar fundamental para evitar, en la medida de lo posible, estos accidentes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/riesgos-personal-no-sanitario-caida-mismo-nivel/>.
2. <https://revistamedica.com/caidas-mismo-nivel-personal-no-sanitario/>.

Capítulo 353

EL PINCHE DE COCINA Y LOS RESIDUOS DE LA COCINA DE LOS HOSPITALES

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

Uno de los aspectos a tener en cuenta dentro de la actividad hospitalaria y que menos visible es para el paciente, es la manera de gestionar interna y externamente los residuos sanitarios generados por la actividad asistencial. Todas las comunidades autónomas tienen un protocolo oficial según la naturaleza del residuo, que puede ser dividido en varias categorías, siendo dos las más generales:

1. Residuos propios de la actividad sanitaria (tales como gasas, restos humanos, sangre, medicación citostática, etc.).
2. Residuos generales como consecuencia de actividades no sanitarias desarrolladas en los centros (es decir, las causadas por mantenimiento, instalaciones de cocina, actividades administrativas).

Lógicamente, cada uno de estos dos grandes grupos, que a su vez se subdividen, tienen que ser manipulados con una serie de precauciones básicas a las que se añadirán unas precauciones especiales según sea su naturaleza:

1. No manipular residuos sin guantes. Los guantes usados en estas operaciones no deberán ser usados posteriormente para tocar ninguna persona, objeto o superficie.
2. Usar contenedores adecuados según las especificaciones de Prevención de Riesgos Laborales. Estos contenedores, además de ser estancos y tener las características y capacidades adecuadas, una vez usados tendrán un precinto o cierre irreversible.
3. No transvasar residuos.

La correcta ordenación y normalización de los residuos sanitarios permite disminuir el posible riesgo hacia la salud y el medio ambiente derivado de una deficiente gestión intracentro, a la vez que minimiza los costes de la gestión global de residuos sanitarios. En los últimos años se ha hecho un uso abusivo del material desechable, tanto en el empleo doméstico como en el sanitario y, en consecuencia, ha aumentado considerablemente la cantidad de residuos.

La solución tradicionalmente empleada en muchos hospitales y centros sanitarios ha sido la incineración intracentro, aunque la mayor parte de los hornos intracentros han quedado obsoletos porque los residuos tratados forman una masa cada vez más heterogénea y con mayor proporción de plásticos clorados, con lo que estos incineradores no están adecuados para respetar los límites de emisión de gases cada vez más estrictos. La Unión Europea está trabajando en una nueva directiva, sobre límites de emisión de gases procedentes de la incineración de residuos peligrosos. La información disponible indica el establecimiento de unos límites muy estrictos, en cuanto al tipo de hornos y a la eficacia de los equipos de limpieza de gases.

2 Objetivos

- Definir la naturaleza de los tipos de residuos generados por la actividad hospitalaria.
- Conocer la clasificación de los residuos sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura cientí-

fica existente sobre las funciones del celador. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Ley 42/1975, de 19 de noviembre, sobre Recogida y tratamiento de los residuos sólidos urbanos, modificada por el Real Decreto-legislativo 1163/1986, de 13 de junio, incluye en su ámbito de aplicación los residuos sanitarios, pero excluye aquellos residuos que presenten características que los hagan tóxicos, contaminantes o peligrosos, sin determinar los residuos sanitarios que puedan considerarse como tales por su potencial infeccioso u otras características.

Los residuos generados por actividades sanitarias se pueden clasificar en:

1. Residuos sanitarios asimilables a residuos municipales o de tipo I. Son los que no plantean exigencias especiales en su gestión. Estos residuos incluyen cartón, papel, material de oficinas y despachos, cocinas, bares y comedores, talleres, jardinería y residuos procedentes de pacientes no infecciosos, no incluidos en los grupos II y III.
2. Residuos sanitarios no específicos o de tipo II. Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento y el transporte, únicamente en el ámbito del centro sanitario. Estos residuos incluyen material de curas, yesos, ropa y material de un sólo uso contaminados con sangre, secreciones y/o excreciones, todos ellos no englobados dentro de los residuos clasificados como residuos sanitarios específicos.
3. Residuos sanitarios específicos o de riesgo o tipo III. Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento, el transporte, el tratamiento y la eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador, ya que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública. Los residuos sanitarios específicos de riesgo se pueden clasificar en:
 - Residuos sanitarios o infecciosos, capaces de transmitir alguna de las enfermedades infecciosas que conocemos.
 - Residuos anatómicos.
 - Sangre y hemoderivados en forma líquida. Recipientes que contengan sangre o hemoderivados, u otros líquidos biológicos.
 - Agujas y material punzante y cortante.
 - Vacunas vivas y atenuadas.

4. Residuos tipificados en normativas singulares o de tipo IV. Son los residuos cuya gestión está sujeta a requerimientos especiales desde el punto de vista higiénico y medioambiental, tanto dentro como fuera del centro generador. Estos residuos incluyen:

- Residuos citostáticos: restos de medicamentos antineoplásicos no aptos para el uso terapéutico, y todo el material de un solo uso que haya estado en contacto con los fármacos nombrados.
- Restos de sustancias químicas: residuos contaminados con productos químicos que les dan el carácter de residuo industrial. Se trata de materiales muy diversos, como pilas, termómetros, disolventes, reactivos químicos, baños de revelado de radiografías, medicamentos, lubricantes, etc.
- Medicamentos caducados.
- Aceites minerales y sintéticos.
- Residuos con metales.
- Residuos radiactivos: residuos contaminados con sustancias radiactivas. Su recogida y eliminación es competencia exclusiva de ENRESA (Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, S.A.).
- Restos anatómicos humanos con entidad: cadáveres y restos humanos con entidad, procedentes de abortos u operaciones quirúrgicas. Su gestión está regulada por el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria (Decreto 2263/74, M. Gob., BOE de 17.8.1974).

El Real Decreto 2207/1995, de 28 de diciembre, establece normas de higiene relativas a productos alimenticios diciendo lo siguiente en relación con los desperdicios de alimentos:

- Los desperdicios de alimentos no podrán acumularse en los locales por los que circulen los alimentos.
- Estos desperdicios se depositarán en contenedores provistos de cierre. Dichos contenedores presentarán unas características de construcción adecuadas, estarán en buen estado y será de fácil limpieza. Su desinfección se realizará cuando sea necesario.
- Se tomarán las medidas adecuadas para la evacuación y el almacenamiento de los desperdicios de alimentos. Dichos depósitos estarán diseñados de forma que puedan mantenerse limpios e impedir el acceso de los insectos y otros animales además de la contaminación de los alimentos, agua potable, del equipo o de los locales.

Los residuos sólidos se recogerán en bolsas de plástico de polietileno de color negro, este nos indica que es un residuo de baja peligrosidad, de galga 69 (baja densidad) que se introducirán en otras bolsas de galga 200 de tipo 6. Las bolsas

de basura se retirarán siempre que estén llenas en sus dos terceras partes y al finalizar la jornada de trabajo. Estas, a su vez se depositarán en contenedores de 120 o 240 litros, normalizados, cerrados y remolcables. Las características de estos contenedores son: impermeables, fácil limpieza, cada tapa de cierre hermético y sistema de apertura accionado por pedal.

Es importante evitar el llenado excesivo de los contenedores. Cualquier residuo sólido debe tener su propio contenedor. Con la instalación de un triturador-separador de líquidos y sólidos, se consigue eliminar grandes cantidades de desperdicios de alimentación, evitando problemas de higiene y reduciendo considerablemente volumen de basura. Al finalizar el trabajo se retirarán los contenedores al depósito temporal de basuras. Nunca se almacenará la basura de más de una jornada de trabajo y siempre se procederá a una buena higiene personal tras la manipulación de los contenedores de basura.

La zona de depósito para los contenedores deberá estar refrigerada entre 0 y 2 grados centígrados para retardar su descomposición, la proliferación de insectos y la emisión de olores. Contará con una manguera a presión con un sistema integrado de limpieza. Los suelos no tendrán ángulos que dificulten el desplazamiento de los cubos o carros. Estará ventilada de forma natural o artificial. En esta zona se depositarán temporalmente los residuos a la espera de una evacuación diaria a un depósito final. El centro productor gestionará la posterior retirada y el traslado de los residuos para su tratamiento y eliminación.

Los residuos alimenticios se almacenarán en la zona de basuras perteneciente a la unidad de cocina. Este local tendrá acceso desde la misma y salida directa al exterior. Los embalajes, plásticos, cartones y papeles se consideran inertes por su gran estabilidad en comparación con la materia orgánica y el principal problema que suponen es el espacio que ocupan. Estos materiales se depositan en contenedores respectivos para su posterior reciclaje. Se suele utilizar la compactadora para este tipo de residuos porque reduce volumen. Los residuos líquidos que no sean tóxicos o peligrosos se pueden eliminar a través de la red de alcantarillado. Los aceites vegetales no deben verterse por el desagüe dada su capacidad para formar películas sobre el agua que dificultan la correcta oxigenación de las aguas residuales. Se deben recoger en recipientes especiales para su posterior traslado y tratamiento adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar una adecuada gestión por parte del ayudante de servicios y pinches en el tratamiento de los residuos originados dentro de la cocina hospi-

talaria. Los procesos de generación, manipulación, acondicionamiento, almacenamiento, transporte y tratamiento final, no deben causar impactos negativos al medio ambiente ni a la salud de humanos y resto de seres vivos.

La importancia de la clasificación en residuos generales y residuos específicos procedentes de la cocina, los hosteleros, queda clara desde un primer momento para saber dónde y cómo debemos gestionarlos. Un error en la segregación de residuos es importante dependiendo de la clase de residuos que se combinen.

Cuanto más dispar sea su naturaleza, peor será. Siempre va a ser útil en la manipulación de residuos, la norma de acometer la operación con calma y observando cualquier cambio en ellos. Si se produjeran cambios de temperatura o emisión de vapores, detener inmediatamente la manipulación. Para mejorar la gestión intrahospitalaria del residuo, es preciso aumentar la información a todo trabajador y facilitar la aplicación de un procedimiento operativo para gestionar de forma correcta los residuos biológicos.

6 Bibliografía

1. La Ley 42/1975, de 19 de noviembre, sobre Recogida y tratamiento de los residuos sólidos urbanos, modificada por el Real Decreto-legislativo 1163/1986, de 13 de junio.
2. Real Decreto 2207/1995, de 28 de diciembre, establece normas de higiene relativas a productos alimenticios.
3. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-18-4TRATAMIENTO%20DE%20RESIDUOS%20SANITARIOS.pdf>Plataforma Logoss.
4. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

Capítulo 354

EL PINCHE DE COCINA Y SUS DIFERENTES FUNCIONES CON DIFERENTES UTENSILIOS Y MÁQUINAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

Se llama cocina hospitalaria a aquel departamento del hospital, cuya misión es conservar y preparar los alimentos; es un área de mucho movimiento, cuenta con personal numeroso y especializado; además, en ella se desarrolla trabajo que puede ser bajo mucha presión. La cocina debe de estar en una ubicación privilegiada dentro del hospital, ya que debe guardar comunicación con las plantas donde se encuentran los pacientes, los almacenes, las cámaras de refrigeración y demás espacios. Además para que el servicio pueda ser rápido y que los platos

lleguen a la temperatura adecuada, el desplazamiento de los alimentos debe ser el menor posible. Igualmente, se debe de contar con fácil acceso para la llegada de mercancías, tránsito del personal y salida de la basura. Las características con las que debe de contar el espacio de cocina son:

- Iluminación: la buena visibilidad es necesaria para el mejor desarrollo de los trabajos. Es necesario que la luz artificial cuente con la potencia necesaria y que esté por encima de todo, para evitar sombras, deslumbramientos y contrastes.
- Extracción-ventilación: su objetivo es lograr tanto la extracción del vapor y humos que se producen por el funcionamiento de la cocina, como la regeneración de aire viciado que se produce. Para la extracción es necesaria la existencia de una campana con filtros sobre las zonas de cocción.
- Aire acondicionado: es muy importante contar con una cocina hospitalaria climatizada, ya que las temperaturas dentro de una cocina cerrada pueden llegar a más de 40 grados, lo que dificulta el trabajo al personal de cocina y reduce el tiempo de vida de los alimentos.
- Instalaciones de agua: la abundancia de agua corriente es fundamental para la operación dentro de las cocinas. Se debe tener depósitos suficientes y una red bien distribuida de agua caliente y fría, así como grifos adecuados.
- Paredes y techos: las paredes deben estar revestidas con azulejo o con algún material no poroso de fácil limpieza. El techo debe de contar con algún recubrimiento impermeabilizante para evitar la condensación por los vapores generados en la cocina.

Dentro de la restauración colectiva y en especial la hospitalaria, es fundamental tener una cadena de instrucciones, comenzando en la adquisición y recepción del producto hasta su preparación y servicio y distribución. Y es justamente la distribución de comidas lo más complejo, fundamentalmente si el hospital tiene cierto tamaño, debido al inconveniente de tener que llevar la comida hasta cada habitación y cada enfermo en las circunstancias óptimas, adecuadas de presentación, temperatura, higiene, etc.

2 Objetivos

- Conocer los equipos y utensilios que sobre todo utiliza el pinche dentro de la cocina y forma de utilizarlos.
- Conocer la nueva maquinaria aplicable a la cocina hospitalaria para la mejora del plato y satisfacción 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

A continuación se describirán algunos ejemplos de la nueva maquinaria aplicable a la cocina hospitalaria:

- Clarimax: posee un filtro pariente al de las cafeteras y mediante el filtrado se consigue un líquido claro y limpio que evita las largas cocciones y el difícil proceso de caldos tan utilizado en las cocinas colectivas. Asimismo, unas algas llamadas diatomeas que se encargan de absorber las impurezas de la elaboración.
- Deshidratadora: supone un procedimiento seguro de protección extrayendo el agua de los alimentos, asimismo y con ello se consigue una conglomeración de sustancias que potencian el gusto de los alimentos.
- Rotaval: Permite la destilación de alimentos líquidos o sólidos cuando tengan un grado de humedad. Además capta los aromas y las esencias de los productos potenciando el sabor.
- Gastrovac: cocina en vacío creando una atmósfera de baja presión y carencia de oxígeno que consigue disminuir las temperaturas de cocción y mantiene textura, tono y aroma de los alimentos, conservando las características organolépticas de éstos.
- Germinadora: consiste en conservar semillas de legumbres y granos en general en las circunstancias de humedad adecuadas para lograr brotes verdes que se pueden consumir en crudo, los brotes muy actuales no se suelen utilizar en la cocina hospitalaria.
- Ronner: es un termostato que permite cocinar de modo constante y preciso a temperaturas comprendidas entre 5 y 100 °C. De esta forma se garantiza una cocción del alimento controlada y las texturas de los alimentos quedan con características diferentes a la cocción habitual. Utiliza en envasado al vacío.
- Vif Marinator: combina la tecnología al vacío con el marinado/impregnado al mismo tiempo. El alimento se introduce en el recipiente unido con los jugos y con presión controlada adquiere un gusto tremendamente intenso.

- Pacojet: es un procesador de alimentos con el fin de preparar de forma instantánea mousses, salsas, sopas, helados; consiguiendo una mayor acentuación de sabores.

- Ahumador: cambia el gusto de los alimentos dándoles esencia a madera y humo. Trabajan a temperaturas bajas y medias aportando calor al alimento. Escasamente utilizado en la cocina colectiva.

Los utensilios y herramientas utilizados en la cocina hospitalaria, es el conjunto de útiles y herramientas necesarios para la preparación y elaboración en la cocina.

Los utensilios de cocina son las herramientas fundamentales para el desarrollo de las actividades culinarias de una cocina hospitalaria. Entre los utensilios de cocina que no pueden faltar en la cocina hospitalaria son:

1. Cuchillos de cocina. Los cuchillos para la cocina son vitales para el pinche porque le permite desglosar, picar, y rebanar todo tipo de alimento. A la hora de diseñar la cocina se debe designar un espacio para colocar estos utensilios.

Contar con unos buenos cuchillos de calidad será fundamental para el pinche para realizar cortes perfectos y rápidos en los ingredientes. Entre otros podemos encontrar: Chef, jamonero, puntilla, cebollero, para deshuesar, hacha de cocina, para pelar, espátula, para trincar, Cheira para afilar, etc.:

2. Tablas de picar. Cortar los alimentos sobre cualquier superficie puede ser peligroso, por esta razón las tablas de picar son accesorios de cocina imprescindibles. Existen de diferentes materiales, como: madera, vidrio y plástico; lo importante es elegir la que se adecue a nuestras actividades. Se recomienda que el material del que se elaboren las tablas tenga poca porosidad. De esa forma, se puede remover muy efectivamente todos los restos de comida para evitar la proliferación de microorganismos. Se deben tener tablas que sirvan solo por un corte específico, como cortes de carnes, otra para cortes de vegetales, otra para pescado, pan, etc. Así se evitará la contaminación cruzada por bacterias y virus.

3. Pinzas. Son perfectas para evitar accidentes, ya que evitan el contacto directo de nuestras manos con elementos como aceites, agua hirviendo u otros riesgos. Con ellas se pueden coger trozos de comida sin atravesarlos, para servirlos, darles la vuelta, sacarlos del aceite, etc.

4. Coladores. Un colador es la pieza fundamental para lavar perfectamente verduras, pastas, menestras y otros alimentos.

5. Cucharones de policarbonato. Son esenciales para garantizar nuestra seguridad y evitar la contaminación de los alimentos. El policarbonato es uno de los mejores materiales para los accesorios de cocina, ya que este no cambiará de forma como consecuencia de altas temperaturas.

6. Termómetros. Son herramientas que permitirán calcular la temperatura de nuestros ingredientes, y ofrecer platos de calidad.
7. Canastillas para freír.
8. Coladores. Los coladores son piezas muy utilizadas en la cocina. Se compone de un filtro o cedazo y de una o dos asas. Pueden ser: Colador de plástico o de acero inoxidable, colador de malla, colador chino, colador de tela. Se utilizan para colar y escurrir los alimentos, para quitar grumos e impurezas de los platos que deben resultar lisos y suaves.
9. Licuadoras. Con las licuadoras se pueden licuar todo tipo de alimentos a una velocidad impresionante. Se pueden preparar todo tipo de mezclas: aderezos, batidos de vegetales, zumos de frutas solo es cuestión de segundos.
10. Guantes o manoplas protectores. Protegen de todos los riesgos que hay en la cocina que se generan al manipular equipos de cocina industrial que poseen altas temperaturas. Se deben elegir manoplas de tela de buena calidad, con un buen acolchado y que sean aislantes.
11. Ollas, cacerolas y cazos. Las ollas son los recipientes de cocción y son recipientes de gran capacidad (5 – 50 L), más anchos que profundos. Las ollas se pueden fabricar de diferentes materiales. Pueden ser de barro, acero inoxidable, aluminio, antiadherentes, etc. Las cacerolas y los cazos son una olla pequeña con 2 – 10 L de capacidad que posee un mango largo, se utiliza para cocciones que necesitan un recipiente que sea fácil de manejar, como las salsas. Se usan para salsa, hervidos, purés, cremas, entre otros.
12. Sartenes. Las sartenes son utensilios de cocina redondos, poco profunda y muy ancha, con un mango largo, vienen en una variedad de diámetros para acomodar diferentes tipos de ingredientes, tienen los costados curvos y suelen contar con una tapa. Se usa para freír, sellar, rehogar, saltear, glasear y algunas veces para estofar. Los materiales con los que están fabricados son, por lo general, aluminio o acero inoxidable; algunos poseen recubierta de teflón para evitar que se peguen los alimentos.
13. Cacillos, cucharas y cucharones. Para servir las sopas, caldos, cremas y salsas. Los hay de acero inoxidable y de plástico resistente al calor, con mangos largos para que se puedan meter en las ollas sin quemarse.
14. Mandolina. Se utiliza para cortar papas u hortalizas. Tiene diferentes cuchillas para lograr diferentes cortes. El grosor de la rebanada es ajustable.
15. Araña. Se utiliza para sacar productos cocinados de recipientes que estén hirviendo. Tiene la misma función que la espumadera, solo que esta tiene las aperturas más pequeñas.

5 Discusión-Conclusión

La tecnología aplicada a la cocina hospitalaria permite tener un mayor grado de conocimiento de las necesidades de los pacientes, productos, maquinaria, etc.

Pero además aporta mas fluidez y rapidez a la hora de trabajar, con lo que podemos diseñar mejor los procesos para las elaboraciones y darles más y superior calidad de la que se tenía hace unos años. Los motivos que llevan a la introducción de estas tecnologías son: la mejoría en la calidad de los platos, un aumento producción, la disminución de costes y la distribución para lograr transportar comida a un enfermo que no está cerca de donde se elabora el plato.

Todo profesional necesita de buenas herramientas para poder hacer un gran trabajo. Cuando se habla de utensilios de cocina hay que mencionar que su buen estado también es de gran importancia. Si no se les presta la atención adecuada, pueden dificultar las tareas más simples. Un equipo y utensilio en mal estado de conservación, puede estar afectando los procesos de preparación de los alimentos y a la productividad. Por lo tanto, se deben revisar que todos cumplen con los aspectos básicos de seguridad. Es por eso que es importante saber cómo cuidar los equipos y accesorios de la cocina de un hospital.

6 Bibliografía

1. Castellano. A, Badillo. M “Los procesos en servicios en restauración” Ed. Síntesis. 2015.
2. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español.
3. Libro de oposición a Pinche de cocina, Ed Mad, 2019.

Capítulo 355

LA TAREA DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I)

MARÍA DOLORES SALMÓN CAGIGAS

1 Introducción

Definimos U.C.I como “Unidad hospitalaria que da una atención médica intensiva a los pacientes que padecen una situación grave que pone en peligro su vida”.

Si partimos de ésta definición entenderemos que todo el personal sanitario que desempeñe su trabajo en esta unidad debe de estar especializado en los cuidados y vigilancia que los pacientes en estado crítico requieren.

El celador tiene que colaborar con el equipo sanitario para procurar el bienestar del paciente, tiene que haber una coordinación entre el celador y el equipo sanitario y en casi todos los casos funcionar como una unidad.

El celador debe conocer los procedimientos para ayudar a movilizar a estos pacientes, tienen que estar debidamente equipados con medidas de protección, conocer las posiciones y los cambios posturales y como llevarlos a cabo sin perjudicar al paciente. Hay que tener en cuenta que el paciente se encuentra en un estado vulnerable y es el personal sanitario el que tiene que hacer las cosas que no puede hacer por sí mismo, los profesionales son los responsables de facilitar esta labor integral que el paciente necesita y en ésta labor el celador presta también su labor.

Aunque la U.C.I está organizada de manera independiente mantiene una comunicación estrecha con los servicios de Urgencias, Quirófano, Medicina Interna y

por la gravedad de los pacientes que en algunos casos fallecen también el servicio Mortuorio.

Puede haber distintas U.C.I dependiendo de las patologías:

- Módulo General: Para patologías médicas como intoxicaciones, comas, politraumatismos, infartos, etc.
- Módulo Postoperatorio: donde los pacientes requieren una atención integral, extrema y completa.
- Módulo de Coronarias: para pacientes con problemas cardíacos.
- Módulo de trasplante: para pacientes trasplantados que necesitan aislamiento por ser sensibles a contagios.

2 Objetivos

Dar a conocer las tareas del celador y otros aspectos a tener en cuenta por este profesional en la unidad de cuidados intensivos.

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 y páginas web como: Enciclopediasalud.com; formacurae.es; revistamedica.com; congresosicepa.com.

Criterios de inclusión:

- Temas sobre el celador y sus funciones en la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.).

Criterios de exclusión:

- Temas en idioma distinto al español.

Palabras Clave:

- Celador ,funciones ,U.C.I., paciente.

4 Resultados

El celador tiene que saber cuáles son sus funciones en la Unidad de Cuidados Intensivos para poder colaborar con el equipo sanitario en el cuidado, higiene y cambios posturales que precisa el paciente crítico encamado.

El bienestar del paciente en esta unidad es fundamental y todos tienen que estar organizados para hacer las cosas lo más rápido posible y sin alterar o lastimar al paciente.

Tareas del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos:

- Ayudar en el aseo y lavado del paciente.
- Ayudar a los cambios posturales del paciente.
- Traslado del paciente a pruebas diagnósticas junto con los sanitarios responsables.
- Colocar la botella de oxígeno en la cama del paciente en los traslados.
- Vigilar el acceso de familiares a la Unidad de Cuidados Intensivos y que estén debidamente vestidos con bata, gorro, calzas, etc.
- Ayudar los profesionales de Radiología que acuden a la Unidad de Cuidados Intensivos a realizar alguna placa al paciente.
- Ayudar a los profesionales de la unidad cuando hay un deceso.

Aspectos a tener en cuenta:

- El celador debe mantener una buena higiene, el paciente es sensible a infecciones.
- El celador debe extremar la seguridad, el paciente no puede hacerlo por el mismo.
- El celador debe acceder a la U.C.I. con los equipos necesarios para salvaguardar la salud del paciente y de sí mismo.
- El celador debe mover al paciente siempre con la supervisión del profesional que tiene a su cargo al paciente.
- Hay que tener en cuenta las movilizaciones complicadas, estas tienen que realizarse con varias personas nunca el celador solo.
- Hay que ser consciente del lugar donde se está y la gravedad de los pacientes y por eso es necesario trabajar evitando los ruidos.
- El celador evitará los ruidos y alborotos, y nunca obrará dentro de la unidad sin conocimiento de las personas al cargo de la misma, seguirá sus recomendaciones en la forma y tiempo que ellos marquen.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de esta investigación y revisión bibliográfica llegamos a las siguientes conclusiones respecto a las funciones del celador en UCI.

- El celador tiene que conocer cuáles son sus funciones en la Unidad de cuidados Intensivos.
- El celador colaborará con el equipo de la U.C.I bajo sus órdenes.

- El celador extremara la higiene y protección para salvaguardar al paciente de posibles infecciones.
- El celador conocerá las posiciones para acomodar al paciente y como llevarlas a cabo.
- El celador colaborara con el personal para los cambios posturales del paciente, atendiendo siempre a la gravedad de su enfermedad.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en UCI, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. www.Enciclopediasalud.com/definiciones/unidad-de-cuidados-intensivos.
2. www.formacurae.es/wp-content/uploads.
3. <https://revistamedica.com/celador-uci>.
4. www.congresosicepa.com/celador-cuidados-intensivos.

Capítulo 356

EL PINCHE DE COCINA Y EL MANEJO DE LAS MATERIAS PRIMAS DE LOS ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JESÚS MARTÍNEZ. CASTILLO

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

MARÍA DEL CARMEN CÓRDOBA GONZÁLEZ

FRANCISCO SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

Las acciones que se realizan sobre las materias primas antes de su elaboración posterior son fundamentales en las buenas prácticas de manipulación y evitan la contaminación de los productos. En una cocina hospitalaria existen múltiples materias primas y diversas formas de manipulación ya que se dan diversos menús adaptados a los pacientes.

En una cocina hospitalaria se trabaja con un protocolo de actuación bien definido y con unas infraestructuras que permiten la separación de los productos con cuartos específicos de trabajo, cuartos de pescado, carnes, verduras, cocina central o postres, evitando al máximo posible la contaminación cruzada. Importante también dotar de estas estancias separadas de la suficiente maquinaria

y equipamiento para proceder a los trabajos que se requieran , que van desde lanchera filetes de pescado a cortar o laminar rodajas de jamón asado, evidentemente la maquinaria es independiente de cada cuarto de trabajo, y toda ese protocolo y buenas prácticas tienen que ser dominadas a la perfección por el personal de una cocina hospitalaria.

Existen muchos peligros en la limpieza y adecuación de las materias primas y es muy importante controlar y dominar estas acciones para evitar al máximo posible la contaminación de los productos, cabe destacar que los menús hospitalarios forman parte de la curación de un paciente en muchos casos.

2 Objetivos

Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el pinche de cocina hospitalaria en cuanto al acondicionamiento de las materias primas.

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 contaminación cruzada es uno de los más grandes peligros dentro de una cocina hospitalaria y puede empeorar la salud de un paciente agravando su enfermedad, durante la manipulación de las materias primas se puede presentar y por lo tanto se deben de seguir unas pautas bien definidas de trabajo.

Una de las principales herramientas para evitar la contaminación cruzada es separar en áreas de trabajo la manipulación de ciertos alimentos, como carnes, pescados, verduras, etc.; y utilizar herramientas para cada tipo de producto.

Por otra parte es de obligación dotar a una cocina hospitalaria de una zona de recepción y almacenamiento de productos totalmente separadas de las dependencias de la cocina.

Otra de las recomendaciones para evitar la contaminación cruzada es tener una previsión de las dietas que se van a dar y en relación a esta previsión realizar el

pertinente pedido.

Siempre que se acabe de utilizar un producto y el operario de cocina vaya a realizar otra tarea deberá de cambiarse los guantes.

En cuanto a los peligros que se pueden presentar en la limpieza de las materias primas destacamos lo siguientes:

- Contaminación cruzada por superficies, utensilios, etc.
- Presencia de insectos o arena de vegetales.
- Presencia de gérmenes y toxinas.
- Presencia de residuos de desinfectante empleado en el lavado de los vegetales.
- Presencia de parásitos en el pescado.

Para prevenir este tipo de riesgos se tienen que separar las estancias en las que se manipulan los alimentos crudos y los cocinados, las tablas de corte de los productos serán independientes y diferenciadas por colores para evitar este tipo de contaminación, para el corte de pescados las tablas serán de color azul, las carnes rojas la tabla será roja, etc. Se tienen que instalar armarios, esterilizar los cuchillos y los alimentos se tienen que preparar con la menor antelación posible.

5 Discusión-Conclusión

La formación y compromiso del personal de una cocina hospitalaria en materia de contaminación cruzada es fundamental, ser profesional y responsable con el tipo de trabajo que se está desempeñando marcará la diferencia y facilitará evitar la contaminación cruzada y así proteger al máximo la salud de los pacientes.

No obstante los responsables y gestores de la cocina deberán de tener una capacidad productiva en la difusión de formación y reciclaje, teniendo en cuenta que durante un año de trabajo es posible que se incorporen muchos trabajadores nuevos sin experiencia previa y si conocer la importancia que tiene para la salud de los pacientes hospitalizados recibir la comida en óptimas condiciones de consumo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/contaminacion-cruzada-cocina-hospitalaria/>.
2. <https://papelmatic.com/10-causas-de-la-contaminacion-cruzada-en-hospitales/>.
3. https://www.diariodesevilla.es/salud/higiene-cocina-hospitalaria-disminuyenenfermedades_0_311668858.htm.

Capítulo 357

LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON UN PACIENTE TERMINAL.

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

1 Introducción

En esta descripción de este breve capítulo, vamos a hablar en este caso sobre los pacientes terminales.

La OMS (Organización Mundial de la salud) junto con la Sociedad Española de cuidados paliativos, consiguen describir al enfermo terminal como aquel enfermo que contiene una enfermedad incurable, que en esos momentos, sigue avanzando y con una gran actividad y por ello tienden a tener una predicción vital limitada y además reservada.

Estos pacientes terminales, son enfermos que no han tenido ninguna reacción o mejoría con los medicamentos que sus médicos especialista les proporcionaban. Por ellos se espera a la muerte en un tiempo inferior a 6 meses.

En el trato con enfermos que tiene una enfermedad terminal, no se mira el curar a esos enfermos, sino de cuidarlos, en esos momentos tan difíciles.

Hay que cuidarlo, no solo físicamente, si no psicológicamente también, ya que es una etapa muy dura tanto para el enfermo que se encuentra sufriendo como para el familiar que está expectante a lo que le esta sucediendo.

Por ello el personal sanitarios, que engloba a los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y el personal no sanitario como los celadores, deben de guardar respeto, compasión y comprensión por estos enfermos y por sus familiares, ya que no son momentos fáciles para ninguno.

2 Objetivos

Explicar cuáles son las actitudes y las labores que deben de cumplir los celadores ante un paciente terminal, así como las 5 etapas por las que pasan estos 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 se han consultado artículos en las principales bases de datos: Elsevier, Auxiliar-enfermería.

Además de haber podido contrastar la información con los siguientes centros hospitalarios: Hospital del valle de Toledo, hospital de parapléjicos de Toledo.

Las palabras claves son: enfermo, celador y tareas.

4 Resultados

Describiremos las funciones y el papel activo tan importante que tiene el celador en el grupo de cuidados paliativos o de confort.

El celador que trabaje o se especifique en esta área debe de ser una persona reservada, prudente, comprensivo además de ser un gran profesional.

La conducta de los celadores en este servicio, tiene que estar orientada a ayudar que la calidad de vida del enfermo, sea lo mejor posible.

La actitud que debe de tener el celador con este tipo de pacientes, tiene que estar orientada a realizarles una mejoría en su calidad de vida.

Facilitándoles una continuada e individualizada vigilancia, promoviendo así la dignidad del enfermo.

Se les realizará una higiene diaria y constante a los pacientes así como de la unidad del paciente.

La unidad del paciente es todo aquello que le pertenece al enfermo, por ejemplo: su habitación, su mobiliario, y todo aquel material que este utilice.

Los celadores, deberán ser cuidadosos con los comentarios y con su comportamiento.

Tienen que desarrollar su empatía, para lograr comprender a los familiares y a los enfermos en esa situación tan crítica, deberán observar las necesidades psicológicas del enfermo y comprenderlo.

Los pacientes terminales transcurren por 5 etapas ante la aceptación de la muerte, no todos los enfermos pasar por las 5 etapas, pero si suelen pasar por 2 de ellas.

- La primera etapa por la cual pasa el enfermo es la negación, es una reacción que tiene el enfermo ya que este no acepta la enfermedad.
- La segunda etapa es la fase de la ira, el enfermo en esta etapa siente disgusto, desacuerdo además de rabia.
- La tercera etapa es la fase de negociación, en esta fase el enfermo empieza a aceptar el triste final, pero intentará postergar y dilatar el enlace final.
- La cuarta etapa es la fase de depresión, en esta etapa el enfermo se encuentra en un constante desánimo y de abatimiento, además en esta fase podemos encontrar dos tipos de reacciones que suelen tener los pacientes terminales.

La primera es la de reacción, esta fase quiere decir que el cuando el enfermo es informado de su situación, tiene ciertos cambios como por ejemplo: desvelo, distintos cambios en su comportamiento, cambios en su actitud.

La segunda es la preparatoria, esta fase sucede la transformación que sienten de lucha entre la vida y la muerte.

- La última fase es la fase más dura, es la aceptación, aquí el paciente ya ha aceptado el trágico destino que le espera, la muerte.

Cada persona es un mundo y por lo cual, cada persona sufre un duelo diferente, en estos casos el celador de esta área tiene que tratar a cada enfermo de una forma distinta, siempre respetando las creencias de cada uno, y respetando además el espacio que los acompañantes de los enfermos le puedan llegar a pedir.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar un pequeño y breve estudio, podemos obtener una breve conclusión sobre los comportamientos y funciones que el celador debe de tener. El celador es una parte fundamental dentro del equipo de sanitarios que se encuentran cuidando al enfermo en el estado terminal de sus últimos alientos de vida.

Antepondremos la comodidad del enfermo en la fase terminal ante todo lo demás, por ello debe de ser uno de los objetivos fundamentales de los celadores.

Para realizarle unos cuidados más específicos a cada enfermo, el celador debe de saber en qué fase se encuentra el enfermo, y lograr que el celador se ponga en el lugar del enfermo y tenga empatía por él.

Los celadores deben de recibir una formación precisa sobre cuidados paliativos o de confort.

Con esta formación cooperamos a que los celadores puedan realizar un correcto trabajo y consigamos además que puedan ofrecer ayuda al personal sanitario, a los enfermos terminales y a sus familiares.

6 Bibliografía

1. (S/f). Eldiario.es. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/celadores-profesion-riesgo-primer-linea-contacto-directo-pacientes_1_6228568.html.
2. Ortega, S. R. L. (s/f). Auxiliar de Enfermería - TCAE - Protocolos, Diccionario y Test Online. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <http://www.auxiliar-enfermeria.com>.
3. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 358

EL ÁREA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). LOS CELADORES Y SUS FUNCIONES

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

1 Introducción

Cuando nos referimos a la UCI, nos estamos refiriendo al servicio más complejo y además obligatorio de todo centro hospitalario.

El servicio de uci es de entre otros uno de los servicios más complicados de cualquier centro hospitalario.

La abreviatura UCI significa lo siguiente: Unidad de Cuidados Intensivos, y como su nombre nos muestra, es aquí donde se reciben a los pacientes que viene con las condiciones de salud en estado complejo o critico.

El personal que trabaja en la UCI debe de ser un personal cualificado y deben de estar muy bien preparado, ya que no saben a que se van a enfrentar diariamente. Ya que en la uci hay enfermos con diferentes patologías o enfermedades, pueden ir desde algún accidente de trafico que se haya complicado hasta un infarto que por lo que sea se ha vuelto complicado.

El celador de UCI debe de ser un celador que se encuentre perfectamente formado y debe de saber a la perfección como se les llevará a cabo los distintos cambios posturales a este tipo tan especial de pacientes, ya que son enfermos que no se valen por ellos mismos, y además hay que saber que a este tipo de enfermos hay que realizarles los movimientos lo mas pausados posibles y a la vez que el equipo médico.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en UCI, detallando sobre todo la función de transporte de enfermos, equipamientos y materiales.

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 y páginas web como Elsevier, Auxiliari-enfermeria, Boe.

Además de haber podido resaltar la información con los siguientes centros hospitalarios: Hospital del valle de Toledo, hospital universitario de Albacete.

Las palabras claves son: enfermo, celador, UCI.

4 Resultados

Entre las funciones y aspectos a tener en cuenta por el celador en la unidad de cuidados intensivos, destacamos:

- Trasladarán a los enfermos desde los servicios de hospitalización hasta el área de uci, portando consigo el historial clínico del paciente.
- Trasladarán y alistarán al enfermo en la cama que le corresponda del box indicado, siempre teniendo en cuenta que son pacientes mas especiales además de críticos y por ello el manejo de estos, debe de ser extremando la seguridad y hacerlo con el máximo cuidado posible.
- Cooperarán junto con el resto de equipo sanitario a la efectuación de los aseos para los pacientes, el celador se ocupará de la movilización junto con la enfermera, quien ocupará de la cabeza ya que esta lleva muchos aparatajes y vías.

los celadores deben de tener el conocimiento exacto de todos los tipos de movilizaciones que se les puede y debe de realizar a estos pacientes, ya que estas movilizaciones les sirve para evitar en la piel algunas lesiones y úlceras.

- Transportarán los aparatos, instrumentos o material que les indiquen los médicos, enfermeros o supervisores.
- Transportarán a los enfermos a las distintas pruebas que le haya pedido al médico, por ejemplo al tac, los celadores tienen que ir siempre acompañados por un médico y además de dos enfermeras, por lo que le pueda ocurrir en el trayecto al enfermo.
- Los celadores transportarán a los enfermos de las UCI cuando se les haya realizado el alta, estos subirán a la planta de hospitalización pertinente, ya que dependiendo de sus patologías van a una planta u otra, serán subidos junto con su enfermera, esta dará las explicaciones en el mostrador de la planta y pondrá al día a sus compañeras, mientras su celador y el celador de la planta hacen el cambio de cama.

Este tipo de pacientes al ser críticos tiene las defensas mas bajas que otros tipos enfermos, así que los celadores y el personal sanitario deberán vestirse con batas asépticas, esas batas se las desecharán de un paciente a otro, ya que pueden contaminar a los demás pacientes, estas se dejarán en el box correspondiente del paciente en el que se hayan utilizado.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que se encuentran en la uci por su gran complejidad tiene que sentirse como que se encuentran seguros, ya que van a obtener unos cuidados necesarios además de extras para evitar que sus enfermedades, patologías o simplemente su salud no empeore, sino que vaya a mejor día a día.

Estos enfermos tienen que ser consecuentes de que tiene un gran grupo de sanitarios específicamente para ellos, y que van a estar atendidos durante las 24 horas del día.

Con estos protocolos y estas acciones el personal tanto sanitario como no sanitario, podrán conseguir que el enfermo no empeore en cuanto a la salud nos referimos. Además con estas acciones conseguimos que la imagen de los centros hospitales sea cada día mejor y también se logra que se hable bien de los equipos que forman estos complejos hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Ortega, S. R. L. (s/f). Auxiliar de Enfermería - TCAE - Protocolos, Diccionario y Test Online. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <http://www.auxiliar-enfermeria.com>.
2. (S/f). Eldiario.es. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/celadores-profesion-riesgo-primer-linea-contacto-directo-pacientes_1_6228568.html.
3. Historia - Portafolio: Atención al Paciente en Estado Critico. (s/f). Google.com. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://sites.google.com/site/portafoliointensivos7b/historia>.

Capítulo 359

EL ALMACÉN GENERAL Y LOS CELADORES QUE LO COMPONEN

MONTSERRAT MORALEJA QUIRALTE

JOSE MANUEL SANTIAGO MORENO

MARÍA DEL PILAR GARCÍA SANTIAGO

LOURDES MARTÍNEZ EXPÓSITO

JOSE ANTONIO ROSA MARTORELL

1 Introducción

El almacén del hospital es una zona creada exclusivamente para dejar en el cualquier especie de mercancía o cualquier material sanitario.

El almacén debe tener una alta capacidad, acondicionamiento y unas condiciones óptimas y perfectas para que la conservación del material que vaya a recibir se encuentre en las condiciones idóneas.

El celador será el encargado de aceptar las mercancías que vayan llegando, verificará el material recibido y él mismo se encargará además de repartirlo por orden en las diferentes estanterías que componen y forman el almacén general.

Comprobarán los albaranes junto con las mercancías que se han recibido, una vez que se comprueben y que se demuestre que todo cuadra, los albaranes y las mercancías, estas serán repartidas por las distintas áreas del hospital.

Dotarán a las diferentes plantas de hospitalización y los diferentes servicios con el material que necesiten estas.

Cooperarán con el inventario general del almacén y comunicarán al responsable sobre todas las entradas del material que se reciba a lo largo del día.

Se decidió poner en cada centro hospitalario un almacén general para poder suministrar constantemente al hospital o a los centros sanitarios de los alrededores, es una forma de ahorrar, ya que de esta forma salen más económicos los materiales que este tipo de centros necesita.

2 Objetivos

El objetivo que queremos conseguir con este capítulo es detallar las labores de los celadores poniendo más interés el trabajo que efectúan los celadores, y para que estos obtengan una excelente y eficaz gestión y distribución del almacén general del hospital.

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 materiales adquiridos pueden ser de origen externo e interno, es decir los materiales que abastecen al almacén general desde fuera son de varios proveedores. Los productos son distribuidos desde el almacén general del hospital o del centro hospitalario a las distintas zonas o unidades.

El almacén general debe estar siempre abastecido de material, hay que conocer las necesidades del material indispensable y necesario para poner en marcha las instituciones sanitarias.

Después de conocer las diferentes necesidades de la institución sanitaria, continuaremos con la administración de las compras de los materiales a los proveedores externos mediante una tramitación reglamentada.

La función de aprovisionamiento que cumple el almacén habita en el control de que el centro tiene que tener siempre la cantidad apropiada de los productos necesitados.

Se crea un plan especial para realizar la compra de los materiales que se necesitan, una cantidad adecuada para el momento necesario, y con la previsión suficiente para abastecer el almacén general.

A la hora de efectuar el pedido de los materiales, hay un procedimiento administrativo que realiza los contratos con los proveedores, en el se explica el modo de conseguir los productos y los servicios que son necesarios para el almacén general.

Los diferentes contratos con los proveedores deben ser dirigidos según la ley 9/2017 de 8 de noviembre, en esa ley describe se describe los contratos del sector público.

La petición del material la efectuará la sección administrativa de suministros, esta se encuentra dentro de el almacén general, una vez se haya ejecutado la compra del material necesario.

Los celadores procederán a hacerse cargo de la organización de los materiales recibidos para más tarde colocarlos en las diferentes estanterías correspondientes.

Se anota el numero del pedido y también el nombre del proveedor, el transportista le cederá en la mano el albarán al celador, este verificará la mercancía y una vez sea verificada junto con el albarán aceptará la mercancía siempre y cuando esté bien hecho el encargo.

Una vez recibida y descargada la mercancía, el celador deberá contar los bultos, y estos tendrán que coincidir con el número de albaranes que haya.

Repasarán las etiquetas, unidades y el conjunto de todo el material.

Visualizarán la calidad de los materiales que hayan recibido.

Una vez entregado el material, se colocará con su debido número de referencia.

En los almacenes de los hospitales o centros sanitarios, nos podemos encontrar con distintas zonas.

En un primer lugar nos encontramos con el área de carga y descarga, allí se efectúa la descarga de los camiones, y es el primer sitio donde se nosotros recibimos el cargamento.

En un segundo lugar localizamos la zona de almacenaje, allí se trasladan los materiales que ya hayan sido aceptados, una vez aceptado el material son los celadores los encargados de colocar el material en las distintas estanterías, los pueden colocar en orden alfabético, o por los número de referencia que deben de tener cada uno de los materiales que entran en el almacén general.

Mas adentro del área nos encontramos la zona de preparación, aquí se organizan los pedidos que requieren las distintas áreas o servicios del hospital, desde las plantas de hospitalización hasta las plantas con mas complejidad, abasteciendo

también las distintas secretarías de cada especialidad.

Profundizando un poco más nos encontramos las zonas de oficina, en estas zonas localizamos a los administrativos, estas las personas encargadas de organizar mediante fechas los albaranes de los distintos pedidos, también son los encargados de registrar los pedidos en sus ordenadores, ya que son ellos los que obtienen mediante la vía telemática los pedidos. y por último también podemos localizar las zonas de descanso para todos los trabajadores.

Vamos a dejar claro que todos los pedidos son realizados por los celadores, los trabajadores del almacén son celadores y administrativo.

Uno de los objetivos principales de los celadores es realizar el reparto de los pedidos por las zonas de hospitalización.

Estos pedidos son en todo momento hechos y ordenados por los celadores del almacén general.

En el pedido que se encuentre ya terminado, localizaremos un albarán con las cantidades y los números de referencia de los diferentes materiales que se encuentran en el pedido, este albarán es modificado por el almacén general además en él debe constar la firma del responsable del almacén, esta firma indica que el pedido está completo y que puede ser repartido al servicio que lo haya demandado.

Todas las semanas los celadores deben de realizar un inventario para saber cuánto material en las estanterías o en la zona de almacenaje, esto se realiza para saber si hay que pedir más suministro o tienen bastante hasta la siguiente semana.

5 Discusión-Conclusión

La verdadera intención de tener un almacén general en las instituciones sanitarias es para favorecer y asegurar un abastecimiento para las diferentes zonas o unidades del centro en cualquier momento y con unas tarifas bastante asequibles. En este área del hospital, no podemos dejar en el olvido las diferentes labores que realiza el celador, pues ya que son ellos los que movilizan todo el almacén general.

Son los encargados de acoger, aceptar y clasificar la diferente mercancía de una forma rápida y eficaz para más tarde, realizar el transporte de los pedidos a las diferentes plantas y distintas áreas del hospital.

6 Bibliografía

1. Gullón, M. C. (s/f). El celador sanitario a través de la historia. Wordpress.com. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://urgenciasaneloy.files.wordpress.com/2013/06/celador-en-la-historia-hosp-univer-cruces-oral.pdf>.
2. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. (S/f). Eldiario.es. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/celadores-profesion-riesgo-primera-linea-contacto-directo-pacientes_1_6228568.html.

Capítulo 360

FUNCIONES GENERALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

GLORIA MARTINEZ HUECAS

1 Introducción

El auxiliar administrativo es considerado personal no sanitario. Es necesario aprobar un proceso de concurso-oposición para poder trabajar como auxiliar administrativo a nivel sanitario además de cumplir con una serie de requisitos que aparecen en la convocatoria, algunos de estos requisitos pueden ser: tener el título de ESO, graduado escolar, bachiller, grado medio de Formación Profesional o equivalente y también otros más generales como:

- Tener la nacionalidad española, o de alguno de los estados miembro de la Unión Europea.
- Tener la edad comprendida entre 16 y 65.
- Estar dotados de las capacidades funcionales para desempeñar funciones.

Por lo tanto para un buen funcionamiento de un centro público sanitario es de vital importancia la labor del auxiliar administrativo.

Las funciones se recogen en la Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social que divide en cuatro grupos al personal administrativo según sus estudios.

En este capítulo analizaremos estas funciones y las partes más importantes de este Estatuto de Personal no Sanitario basadas en la categoría a la que hacemos alusión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer qué es un Auxiliar Administrativo en Sanidad.

Objetivos secundarios:

- Describir las funciones generales del Auxiliar administrativo.
- Conocer los grupos en los que se divide el personal administrativo.
- Reseñar la Ley que ampara a esta categoría.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas.

Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: auxiliar administrativo, funciones, ley y estatuto de los trabajadores.

4 Resultados

Si revisamos la Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social podemos observar que dicha Orden divide en cuatro grupos al personal administrativo según los estudios de dichas categoría, donde se clasifican también las diferentes funciones cada grupo.

- Grupo Técnico. Se requiere el título de Ingeniero Superior, Licenciado o Arquitecto. Este grupo realiza las funciones de dirección, ejecución y estudio de carácter administrativo y económico de nivel superior siempre que le sean encargadas por la Dirección del Centro.
- Grupo de Gestión. Se requiere el título de Ingeniero Técnico, Diplomado Universitario, Arquitecto Técnico o Formación Profesional de Tercer Grado. Este grupo realizará las funciones de apoyo a los puestos de trabajo desempeñados por el personal técnico y de realización de aquellas funciones que le sean confiadas
- Grupo Administrativo. Se requiere el título de Bachiller, Formación Profesional de Segundo Grado o equivalente. Tienen como funciones aquellas de carácter

administrativo-sanitario, consideradas de trámite y colaboración no asignadas a los Grupos Técnico y de Gestión.

- Grupo Auxiliar Administrativo. Se requiere de titulación de Graduado Escolar, Formación Profesional de Primer Grado o equivalente. Tienen las funciones de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la institución, además de secretarías de planta y servicios y preparación y tratamiento de esos datos que se obtienen de la informática.

Entre las tareas concretas que realiza el auxiliar administrativo están:

- Atención al paciente tanto presencial como telefónicamente, teniendo siempre presente las habilidades de comunicación propias de los profesionales y que se tienen adquiridas de manera innata: amabilidad, empatía, respeto, cercanía...
- Gestión de citas de los pacientes, así como las de los profesionales del centro sanitario.
- Utilizar los programas de ofimática y los específicos del sistema sanitario donde se trabaja, es decir, tener un control de la Gestión de la base de datos.
- Crear una versión digital de los documentos que se tienen en papel y así evitar confusiones y pérdidas.
- Digitalización de los documentos.
- Realizar los informes pertinentes a petición del paciente, profesional u otro organismo, además de su envío en el caso de que lo requieran.
- Llevar un control y estadística de las actividades de cada profesional del centro.
- Tramitar la gestión de nuevos pacientes en el centro.
- Gestionar el transporte de los pacientes y las ambulancias, es decir tanto el transporte individual como colectivo público.
- Llevar un control de la asistencia de los pacientes.
- Fotocopias de documentos.
- Gestión del material del centro.
- Incorporar a los expedientes administrativos la documentación necesaria, con su posterior registro y archivo.
- Gestión de la Historia Clínica.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de las funciones del Auxiliar administrativo y la revisión bibliográfica pertinente, llegamos a la conclusión que es de indispensable importancia el papel que desempeña el auxiliar administrativo en el centro sanitario, para una correcta gestión y coordinación en todas sus funciones/actividades.

Resumimos que las funciones realizadas por el Auxiliar Administrativo en sanidad son imprescindibles debido a su labor se puede decir que participan en el buen funcionamiento del centro sanitario, siendo un medio de comunicación relevante entre los pacientes y los profesionales sanitarios, bien gestionando las citas, poniendo a disposición la información que se les solicite, o archivando toda la información existente con la utilización del sistema informático que requiera ese centro sanitario y siempre respetando en todo momento, la protección de los datos y el secreto profesional regidos por la Ley apropiada para ello.

6 Bibliografía

1. Orden de 28 de mayo de 1984 .Enlace: [https://www.boe.es/eli/es/o/1984/05/28/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1984/05/28/(1)).
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud. Enlace: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>.
3. Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971.

Capítulo 361

LA IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD DEL AIRE EN CENTROS HOSPITALARIOS

JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales, es decir, las adquiridas durante la estancia en un hospital, se duplican en entornos no controlados, según estudios científicos. Además se intensifican las enfermedades previas al ingreso y se alargan los tiempos de recuperación del paciente. Pero no únicamente se ven afectados de manera negativa los pacientes, sino también otros usuarios de las instalaciones, como los propios trabajadores y los visitantes, conformando todos ellos el grupo a proteger.

A finales del siglo XIX, con el descubrimiento de los microbios, se vio la relación entre éstos y las enfermedades infecciosas y comenzó una preocupación por respirar aire puro, enviando a los enfermos a zonas naturales (montañas, orillas del mar), esperando su mejoría.

Con el mejor conocimiento de los contaminantes del aire, la aplicación de soluciones cobró importancia a mediados del siglo XX, desarrollándose las primeras normativas de calidad del ambiente interior, con la que se persigue conseguir sensación de bienestar en los ocupantes de los edificios.

La calidad del ambiente interior engloba un conjunto de factores (térmico, acústico, luminoso), incluido el de la calidad del aire interior (CAI).

El Reglamento de las Instalaciones Térmicas (RITE) en edificios, clasifica la CAI de hospitales, centros de salud, clínicas, laboratorios y guarderías, de IDA1, lo que significa que la calidad del aire debe ser óptima.

2 Objetivos

Justificar la importancia de conseguir una buena calidad del aire interior en centros hospitalarios, por su repercusión a nivel sanitario y económico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la principal normativa reguladora de los sistemas de climatización en hospitales (RITE y norma UNE 100713), así como manuales de fabricantes e instaladores. Se han revisado artículos de personalidades versadas en ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria, publicados en revistas de índole médica y técnica. Se han examinado las directrices y recomendaciones de distintos Organismos competentes.

4 Resultados

Muchos elementos del ambiente interior son inevitables e indispensables para la vida, como el oxígeno, la luz, la temperatura. Es necesario mantenerlos en condiciones adecuadas y evitar agentes indeseables, que pueden producir efectos perjudiciales para la salud y/o el bienestar de las personas, denominados contaminantes.

Éstos pueden ser de tres tipos:

1. Físicos: temperatura, humedad, movimiento del aire, que guardan relación con el confort térmico. Por otro lado, luz y sonido, que guardan relación con la arquitectura del edificio, y, asimismo, con el diseño de ventanas o aislamientos, que influyen en la ventilación natural del mismo.
2. Químicos: cualquier sustancia orgánica e inorgánica, inerte, que pueda llegar al aire. Pueden estar presentes en forma de partículas sólidas o líquidas, gases o vapores. Como, por ejemplo, monóxido y dióxido de carbono, amianto, formaldehído, radón, etc.

3. Biológicos: microorganismos de carácter infeccioso y alérgenos (bacterias, virus, mohos, parásitos, polvo, ácaros, hongos, etc.).

La contaminación del aire interior puede provenir tanto de fuentes interiores (de materiales y productos que ya estaban allí, combustiones en cocinas, estufas, en revestimientos internos, aislantes térmicos, en mobiliario, alfombras, moquetas, fotocopiadoras, impresoras, en productos para la limpieza y muchos otros), como de fuentes exteriores (escapes de vehículos, gases de calderas, el propio aire desechado, etc.), que puede entrar por las tomas de aire acondicionado, respiraderos o ventanas mal ubicadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que el aire de los espacios interiores puede llegar a estar de cinco a diez veces más contaminado que el aire exterior y que las infecciones nosocomiales afectan anualmente a más de 1,4 millones de personas. Así, enfermedades que inicialmente no eran alarmantes, pueden extenderse llegando a niveles de epidemia. Son ejemplos la gripe aviar, el ébola o el COVID-19.

La presencia de contaminantes en el aire es causa principal de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, pero también pueden provocar daño encefálico y de la médula espinal, hepático y renal. Las infecciones que se propagan por el aire se transmiten mejor en ambientes cerrados porque se diluyen en menor volumen de aire y el tiempo de exposición normalmente es mayor.

Para algunas enfermedades puede determinarse la relación causa/efecto entre el agente y la afección, como en las enfermedades infecciosas transmitidas por vía aérea, enfermedades por hipersensibilidad y las intoxicaciones. Pero también existen otras, de las que se tiene conocimiento en la actualidad, y que están íntimamente vinculadas a la mala calidad del aire en interiores, pero que no tienen una causa determinante clara, como los Síndromes de fatiga crónica, de múltiple sensibilización química y del edificio enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible conseguir una óptima calidad del aire en el interior de los centros hospitalarios, no solo porque así lo exija la normativa reguladora, sino porque resulta paradójico que las personas que ingresan como pacientes, para curar sus enfermedades, puedan ver agravadas éstas o incluso adquirir otras distintas, y al tratarse, por lo general, de personas con sus condiciones físicas mer-

madras o en situaciones de inmunosupresión, es hasta posible que lleguen a morir. Asimismo, tampoco es justo que los trabajadores de estos edificios, tanto personal sanitario como no sanitario, soporten este factor de riesgo en contra de su salud. El objetivo es la bioseguridad y para ello, ventilación, filtración, limpieza y desinfección, son claves.

Es necesaria, una simplificación o refundición de toda la normativa aplicable para la consecución del CAI, puesto que es extensísima y se encuentra muy dispersa. Además, la planificación tiene que iniciarse desde la descripción de las necesidades, validándose posteriormente todas las fases del proyecto, desde el diseño hasta la construcción, instalación y puesta en funcionamiento, de los nuevos hospitales. En los más antiguos, habría que unificar los controles para asegurarse de la buena calidad del aire interior, sobretodo en las áreas que más puedan flaquear, realizando un buen mantenimiento de las instalaciones más problemáticas, como las torres de enfriamiento, las conducciones de agua fría y caliente, los condensadores y los sistemas de filtración. Actualmente estos controles de la CAI se basan en encuestas a usuarios, en relación al confort, y algunas tomas de muestras para su análisis, pero que no suelen incluir los contaminantes biológicos, solo los químicos. Deberían ampliarse los contaminantes de estos muestreos y promover la contratación de personal competente en el uso de estos métodos analíticos, así como formar correctamente al personal de mantenimiento.

Incrementar la limpieza, desinfección y purificación del aire, no solo en las zonas donde hay pacientes con sus defensas naturales comprometidas, quirófanos, UCI's, áreas de diagnóstico, laboratorios, salas de curas y reanimación, sino también en las zonas comunes, ya que el tráfico de gente propicia la propagación de los contaminantes del aire. Nuevos estudios han demostrado que las partículas en suspensión pueden desplazarse mucho más lejos de lo que se pensaba, por lo que, dentro de un hospital, esto puede comprometer la calidad del aire y causar brotes infecciosos.

El impacto económico de la mala calidad del aire interior es muy alto para el sistema de salud, así que controlando ésta al máximo, se evitaría o minimizaría esta problemática.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 178/2021, de 23 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de

Instalaciones Térmicas en los Edificios.

2. Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios.
3. Norma UNE 100713: 2005, Instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales.
4. Pastor, Paulino. La calidad del aire y la seguridad del paciente. 17/09/2019.
5. Serrano, Paula. ¿Qué es la calidad del Aire Interior? 23/12/2020.
6. La solución de Climatización en Hospitales. Manual ISOVER, SAINT-GOBAIN. Comunicación impresa, S.L., Depósito Legal: M-32867-2011.
7. Vaquero de la Hoz, María Teresa. Tesis doctoral Calidad del Aire Interior (IAQ) en las Edificaciones Hospitalarias. 2011.
8. Stipe, Christopher J. Indoor air quality in hospitals. Milwaukee, 14/07/2015.
9. A. Romley, John, Hackbarth, P. Goldman, Dana. The Impact of Air Quality on Hospital Spending. RAND Health Quarterly, 2012; 2(3):6.
10. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Recomendaciones sobre vigilancia microbiológica del aire de las áreas hospitalarias (2000) en condiciones de normalidad (175, Grupo de Trabajo de la SEMPSPH, 1999), y en obras (176, Grupo de Trabajo de la SEMPSPH, 2000).
11. Servicio Vasco de Salud. Recomendaciones para la minimización de los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias (1999) (130, Osakidetza, 1999).
12. Contaminación del aire doméstico y salud. Organización Mundial de la Salud. 22/09/2021.
13. Informe Especial WEO-2017: Energy Access Outlook, Organismo Internacional de Energía, 2017.

Capítulo 362

PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES SUSCEPTIBLES DE PROPAGACIÓN DE LEGIONELLA EN CENTROS HOSPITALARIOS

JAVIER GONZÁLEZ GARRIDO

1 Introducción

La *Legionella* es una bacteria perteneciente a la familia Legionellaceae, género *Legionella*. Existen 48 especies descritas, siendo la más patógena la *Legionella pneumophila*. Ésta se logró aislar por primera vez en 1977, un año después de que se diera el primer brote registrado de la enfermedad (legionelosis), en una convención de la Legión Americana, por lo que se vino a llamar “Enfermedad del legionario”. Se trata de una infección pulmonar grave caracterizada por una neumonía con fiebre alta. También existe una forma clínica más leve, no neumónica, conocida como “Fiebre de Pontiac”, caracterizada por un cuadro febril agudo.

La bacteria se encuentra de manera natural en las aguas superficiales (ríos, lagos, estanques) de todo el mundo, formando parte de su flora bacteriana. Es muy resistente en su medio natural (capaz incluso de multiplicarse dentro de amebas), prolifera fácilmente a temperaturas entre 20 y 45 °C (siendo la temperatura óptima para su crecimiento entre 35-37 °C) y se destruye a 70 °C.

Aunque en su hábitat natural se encuentra normalmente en concentración baja, sí en número suficiente para invadir los sistemas de abastecimiento de agua, donde

encuentra condiciones favorables para su reproducción y diseminación, facilitado por la temperatura, así como por la presencia de lodos, materia orgánica, etc. (formando biofilms), aguas estancadas y factores físico-químicos (ph, temperatura).

2 Objetivos

- Conocer las principales causas de propagación e infección de la legionella.
- Describir las medidas necesarias a tomar para combatir la bacteria y la enfermedad que provoca.

3 Metodología

Para la redacción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, efectuando la consulta de manuales sanitarios profesionales y científicos, así como normativa reguladora y guías técnicas, seleccionando artículos relacionados con enfermedades infecciosas, en concreto con las palabras clave *Legionella* y legionelosis.

4 Resultados

La legionella es una bacteria muy resistente, puesto que es capaz de multiplicación intracelular, lo que la protege de la acción de muchos antibióticos y desinfectantes, respondiendo únicamente a antibióticos capaces de penetrar en las células. Al infectar a una persona, en vez de ser destruida por los macrófagos, se reproduce en ellos, hasta romperlos y liberarse al exterior para repetir el ciclo. El tratamiento antibiótico puede durar de semanas a meses.

No se transmite por el consumo de agua contaminada y rara vez de persona a persona, sino por la inhalación de gotículas de agua proveniente de aerosoles (pulverización, nebulización o chorros de agua), la mayor parte de las infecciones se dan en ambientes sujetos a la intervención humana, donde la temperatura es alta y provoca que la bacteria se concentre.

La proliferación masiva de la bacteria aumenta el riesgo de infección y su propagación, encontrando el hábitat idóneo en particular en sistemas de aire acondicionado y aparatos de refrigeración industrial con condensadores de evaporación

o torres de enfriamiento, sistemas de agua fría y caliente de edificios, hidromasajes, humidificadores, etc.

No existe vacuna. Los más afectados son varones de más de 50 años. Para desarrollar la enfermedad deben darse un alto grado de contaminación en el agua, una exposición a aerosoles y un cierto grado de susceptibilidad (son factores de riesgo el tabaquismo, las neumopatías, inmunodeficiencias, exceso de alcohol y enfermedades renales y respiratorias crónicas, así como los hospitalizados, intubados, inmunodeprimidos, tratados con corticoides, etc.). Puede ser mortal si el diagnóstico no es rápido y se agrava por enfermedades concomitantes.

No se conocen muertes asociadas a la fiebre de Pontiac, con síntomas similares a los de la gripe. Sin embargo, la tasa de mortalidad de la enfermedad del legionario es de entre 5 y el 10 % en términos generales. Sus síntomas son fiebre, mialgias, letargo, falta de apetito, que puede conllevar una neumonía severa con insuficiencia respiratoria y fallo multiorgánico.

Las medidas preventivas generales que establece son:

- La eliminación o reducción de zonas sucias mediante el buen diseño y el mantenimiento de las instalaciones.
- Evitar las condiciones que favorecen la supervivencia y multiplicación de la bacteria, mediante control de temperatura del agua (choque térmico) y desinfección continua de ésta (por cloración).

5 Discusión-Conclusión

Debe llevarse a cabo una prevención de la legionella, mediante la vigilancia y aplicación de medidas higiénicas en las instalaciones que conlleven riesgo de dispersión, con el objetivo de evitar su propagación.

El Real Decreto 865/2003 y otras normativas complementarias (como la UNE 100030) establecen los criterios higiénico sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis en las instalaciones que usan agua para su funcionamiento, ubicadas dentro o fuera de edificios de uso colectivo y produzcan aerosoles, por lo que pueden ser susceptibles de convertirse en focos de propagación.

Los mantenimientos periódicos, de los cuales se llevará registro, se basarán fundamentalmente en la toma de muestras de agua, para determinar si las partes por millón de la bacteria se encuentran dentro de los valores permitidos por la normativa. Si no lo estuviesen se procederá a su corrección.

6 Bibliografía

1. Norma UNE 100030:2017. Prevención y control de la proliferación y diseminación de *Legionella* en instalaciones.
2. Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. <https://www.boe.es/boe/dias/2003/07/18/pdfs/A28055-28069.pdf>.
3. Reglamento de Instalaciones Térmicas en Edificios (RITE), IT 1.2.4.1.3.4, sobre maquinaria frigorífica enfriada por agua o condensador evaporativo (284, RITE, 2008; 232, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1981).
4. Guía técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis en instalaciones, publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2005).
5. Documento sobre la Aplicación de la Norma UNE 10030:2017 respecto a lo establecido en el Real Decreto 865/2003, elaborado por ANECPLA, AQUA ESPAÑA Y FEDECAI. Enero 2018.
6. Legionelosis. OMS.16/02/2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/legionellosis>
7. López de Ocáriz, Alicia. La legionelosis no suele transmitirse de persona a persona. 20 noviembre 2017.
8. Correia AM, GonCalves J, Gomes, JP, et al. Probable Person-to-Person Transmission of Legionnaires' Diseaseexternal icon. *N Engl J Med*. 2016;374:497–8.
9. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Legionelosis. Actualizado: 01/04/2022. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Legionelosis.aspx>.
10. M. Bush, Larry y T. Vázquez-Pertejo, María. Infecciones por *Legionella*. Manual MSD, versión para profesionales. Actualizado feb. 2020.
11. *Legionella* (enfermedad del legionario y fiebre de Pontiac). CDC, Centers for Disease Control and Prevention. 25 marzo 2021.

Capítulo 363

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

YOLANDA QUINTIN ALVAREZ

1 Introducción

La imagen para el diagnóstico son todas aquellas pruebas de imagen que se realizan con fines diagnósticos. Suelen realizarse en el hospital. Después los resultados se usarán para el diagnóstico y en menor medida el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades.

En las áreas de radiodiagnóstico también trabajan los Celadores, que se van a encargar de realizar unas funciones específicas de ellos, y muchas de ellas son comunes con las demás áreas en las que los Celadores pueden trabajar.

El celador es el profesional encargado de trasladar a los pacientes dentro del hospital. En muchas ocasiones, es la primera persona que va a ver el paciente y quien lo va a recibir (en la puerta de urgencias, cuando necesitan una silla para desplazarse) y también la última, cuando puede abandonar el Hospital acompañado en silla de ruedas por el celador, tras recuperar su estado de salud y recibir por tanto el alta médica. Por tanto verá al paciente en momentos muy vulnerables y deberá actuar con la empatía adecuada para que el paciente se sienta lo más cómodo posible.

El celador esperara en la puerta del servicio para realizar los traslados a las distintas pruebas de la zona de radiodiagnóstico.

2 Objetivos

- Conocer de manera clara las funciones de un celador en el servicio de radiodiagnóstico.
- Saber como afrontar las distintas situaciones que se le presenten en el servicio.

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 en el servicio de radiodiagnóstico son, entre otras, las siguientes:

- Trasladar a los pacientes desde la unidad de hospitalización o desde el servicio de Urgencias de servicio de Radiología, y después de vuelta a planta, siempre con la documentación correspondiente.
- Identificar al paciente.
- Medio de transporte: camilla, cama, silla de ruedas o andando.
- Informar siempre al paciente donde se va a trasladar y que prueba le van a realizar.
- Comprobar si tiene algún tipo de aislamiento (aéreo, de contacto, etc. siempre tomando las medidas de protección adecuadas en cada situación).

Es muy importante comprobar si el paciente está consciente y orientado para comprobar su identidad, si no estuviera consciente y orientado observar la pulsera de identificación.

- Ayudar al técnico superior imagen para el diagnóstico en la colocación del paciente a la hora de realizar la prueba diagnóstica.
- Asegurar que todo el material sanitario que el paciente necesita (sueros, oxígeno, etc.) se encuentre en las condiciones adecuadas, informando de cualquier deficiencia al personal sanitario.
- Conducir con la menor tardanza posible todas las comunicaciones verbales, los documentos, la correspondencia u otros objetos que se les hayan sido confiados por sus superiores.

- Abstenerse de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre los diagnósticos, las exploraciones y los tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia a los enfermos.
- Estar localizados en todo momento en el Servicio de Radiodiagnóstico.
- Realizar, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos, o locales a limpiar.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de radiodiagnóstico es de los más demandados en un centro hospitalario con lo que tiene una importante carga de trabajo.

El trabajo de los Celadores en radiodiagnóstico es muy importante porque facilita las labores de los trabajadores del servicio de radiodiagnóstico.

Para su buen funcionamiento es necesario desarrollar una organización y sincronización entre todo el equipo del servicio de radiodiagnóstico. El celador debe tener empatía con el paciente, debe mantener a calma ante situaciones complejas y estar disponible en todo momento para ayudar al personal médico en aquellas situaciones en que se requiera su presencia aunque no sean tareas específicas de su trabajo.

6 Bibliografía

1. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>.

Capítulo 364

LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: PROCEDIMIENTO SOBRE LA EMISIÓN DE LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL A UCRANIANOS

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

1 Introducción

Debido a la invasión militar de Rusia en Ucrania, multitud de ucranianos afectados han emigrado a España en busca de refugio huyendo del conflicto. Estos ciudadanos se dirigen a las unidades administrativas de los centros de salud en las que el auxiliar administrativo es el encargado de tramitar la tarjeta sanitaria individual.

En este capítulo, realizaremos un estudio pormenorizado de la emisión de la tarjeta sanitaria individual para el colectivo de personas ucranianas. Llevaremos

a cabo un análisis del procedimiento para la concesión de la tarjeta sanitaria y haremos hincapié en los requisitos a cumplir para el acceso a dichos servicios. La tarjeta sanitaria individual es el documento que identifica y acredita a las personas, permitiéndoles acceder a los centros y servicios del sistema sanitario público. También debe presentarse en las farmacias para obtener los medicamentos financiados y prescritos por el médico.

Tendremos en cuenta la circunstancia que atraviesa dicho colectivo, tratando de ponernos del lado de aquellas personas que han sufrido esta guerra. La labor del auxiliar administrativo será fundamental a la hora de comprenderlos. El idioma es un inconveniente y haremos todo lo posible para salvar dicho problema, por ejemplo, utilizando el traductor del teléfono móvil que facilita el diálogo.

2 Objetivos

- Explicar los requisitos para la emisión de la tarjeta sanitaria individual para el colectivo de personas ucranianas.
- Exponer el procedimiento para tramitarla.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo un trabajo de revisión bibliográfica, empleando palabras clave y operadores booleanos: tarjeta sanitaria, asistencia sanitaria y legislación.

Se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para la emisión de la tarjeta sanitaria individual, se ha creado el título de aseguramiento: Protección Temporal (58) y un nuevo tipo de ciudadano: Protección Temporal Ucraniana (PTU).

Las unidades o departamentos de tramitación administrativa y concretamente, los auxiliares administrativos en los centros de salud, incluirán al ciudadano ucraniano en la base de datos correspondiente de población protegida autonómica.

El procedimiento es parecido al que se hace para los extranjeros irregulares, aunque más sencillo porque en el caso de los ucranianos afectados por el conflicto,

no necesitan presentar ni el certificado de empadronamiento ni el documento de solicitud de atención primaria.

Deberán presentar el Resguardo acreditativo de presentación de solicitud de protección temporal para personas desplazadas, expedido por la Policía Nacional o haber recibido una resolución de concesión de la protección por parte del Ministerio de Interior. Esta resolución se dictará en el plazo máximo de 24 horas desde la solicitud, según el apartado 3 del artículo 5 de la Orden PCM/169/2022 de 9 de Marzo.

Conforme y de acuerdo con dicha orden los agentes de policía, además de expedir un resguardo acreditativo, les asignará un NIE.

Se tramitará un alta cuya caducidad expirará pasado un año siguiendo el procedimiento establecido. Se recogerán los siguientes datos:

- Nombre y apellidos.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- País de nacimiento.
- Nacionalidad.
- NIE.
- Número de pasaporte.
- Domicilio en el que van a residir en su estancia en España.
- Número de teléfono móvil.
- Dirección de correo electrónico del solicitante.
- Tipo de ciudadano: PTU- Protección temporal ucrania.
- Los números de la Seguridad Social se dejan en blanco.

En el momento de validar la propuesta se generará de forma automática un número de afiliación ficticio. Este número nos servirá para asignarle un código F003 que corresponderá a una aportación del 40% en la prestación farmacéutica. Seguidamente se generará el CIP correspondiente y así finaliza la propuesta para la emisión de la tarjeta sanitaria individual.

5 Discusión-Conclusión

La labor del auxiliar administrativo es fundamental en todo lo concerniente a la tarjeta sanitaria individual.

Es primordial el conocimiento de la legislación vigente al respecto junto con el programa de Tarjeta Sanitaria. Ello hará que esta labor se desarrolle de forma impecable redundando así en un sistema sanitario moderno, eficaz y sin deficiencias.

Nos ayudaremos de manuales y cursos de formación para el correcto tratamiento a seguir en casos específicos, como por ejemplo: dar de alta a un recién nacido, pacientes nuevos, tarjetas de desplazamiento, extranjeros irregulares, menores extranjeros, ucranianos, etc.

Conocer que documentación es necesaria y su vigencia será fundamental para la labor eficiente del auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 183/2004 de 30 de Enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria. Modificado por el Real Decreto 702/2013 de 20 de Septiembre.
2. Orden PCM8169/2022 de 9 de Marzo, procedimiento para el reconocimiento de la protección temporal a personas afectados por el conflicto de Ucrania.
3. Orden PCM/170/2022 de 9 de Marzo, publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de Marzo de 2022, por el que se amplía la protección temporal otorgada a personas afectadas por el conflicto de Ucrania.
4. Manual usuario Centros: Programa tarjeta sanitaria SESCOAM.

Capítulo 365

MEDIOS MECÁNICOS PARA TRASLADO DE PACIENTES POR EL CELADOR

MARTA ISABEL CADAVIECO MENENDEZ

1 Introducción

Muchos de los pacientes que se encuentran hospitalizados o acuden a servicios de urgencias, consultas externas, rehabilitación, etc..., o a un centro hospitalario tienen limitada su movilidad debido a las dolencias de la enfermedad por lo que necesitan ayuda.

El celador es el encargado de los traslados de los pacientes dentro del hospital como en el servicio de ambulancias. En el caso de traslado de pacientes de UCI le acompañara el personal de enfermería.

El celador velará por la seguridad durante el traslado evitando producir lesiones tanto al paciente como al trabajador encargado de realizar la movilización.

Los pacientes pueden necesitar de traslados dentro del hospital para hacer pruebas diagnósticas, ir a las consultas, al quirófano, ir a su habitación, a recibir el alta hospitalaria...

Estos traslados se pueden realizar de diferentes formas según la necesidad del paciente, puede ir andando, utilizando un bastón, muletas, andador, en cama, camilla, silla de ruedas.

El método mas sencillo y utilizado en el traslado de pacientes es la silla de ruedas. La grúa es un mecanismo de movilidad para los pacientes encamados con movilidad nula o muy limitada.

2 Objetivos

Definir los diferentes tipos de traslados de pacientes que existen y las pautas a seguir de la mejor forma para el confort del paciente trasladado.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos (Pudmed, Dialmet) con los descriptores: traslado de pacientes, celador en un traslado de paciente.

4 Resultados

El celador tiene que explicar siempre al paciente donde lo lleva, el recorrido y como lo va a hacer. Antes de mover al paciente el celador debe asegurarse que todos los equipos (sondas, sueros, bala de oxígeno) estén en el lugar adecuado. Si fuera necesario el celador llevará la historia clínica u otro tipo de documento siendo el responsable de su custodia y protección de datos.

Cuando el traslado es en silla de ruedas el celador empujará la silla desde atrás llevándola cogida por la empuñadura, al llegar al ascensor el celador entrará primero de espaldas tirando de la silla, una vez dentro, si es posible, girará la silla.

Se debe realizar el traslado por el centro de los pasillos para proteger al paciente de posibles aperturas de puertas.

Evitará que el paciente quede en corrientes o sienta frío en el traslado.

Nunca se dejará el paciente solo hasta que el responsable del servicio al que se dirige lo reciba.

En el caso de la cama se empujará desde la cabecera de tal forma que el paciente vaya con los pies por delante. Para entrar en un ascensor lo hará primero el celador tirando de la cama, y para salir el celador empujará la cama por el cabecero saliendo los pies primero.

Cuando nos encontremos con una rampa, para bajar el celador caminará de espaldas a ella mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar los obstáculos y las caídas; las rampas se suben empujando por atrás.

Para utilizar la grúa el celador debe cerciorarse de que la cama esté frenada y colocada en posición horizontal. El arnés se colocará al paciente en la posición mas adecuada a su dolencia (decúbito lateral, posición sentado, etc.) Una vez colocado el arnés el paciente debe ser elevando con suavidad y con la mayor seguridad posible en el traslado. Una vez trasladado al sillón, el celador se asegurará que el paciente quede bien colocado. Existen diferentes tipos de grúas: bipedestadores, grúas activas, grúas pasivas y grúas de techo.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el celador comunique a enfermería cuando se lleva y regresa con un paciente, debe comprobar el nombre del paciente y el recorrido que sea más corto y se encuentre libre de obstáculos.

Es posible llevar a cabo los traslados en diferentes medios mecánicos con toda seguridad para el paciente si se tienen en cuenta las normas y el celador las realiza de forma adecuada.

Es de gran importancia que el celador esté bien formado para desempeñar correctamente sus funciones en los traslados e informado de cualquier cambio de protocolo o actuación.

6 Bibliografía

1. <https://es.slideshare.net/bryamgabriel/traslado-de-pacientes-33035592>.
2. <https://ajibarra.org/D/post/tecnicasdetraslado/#::text=Traslado%3A%20Es%20la%20movilizaci%C3%B3n%20del,el%20estado%20f%C3%ADsico%20del%20paciente>.
3. <https://blog.opositatest.com/movilizacion-de-pacientes-os-explicamos-los-tipos-detraslados/>.

Capítulo 366

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

1 Introducción

La elaboración de agendas en el Hospital Público constituye un instrumento fundamental para el registro, ordenación y despacho de citas del paciente, previa instrucción del profesional médico.

Dicha elaboración o confección es llevada a cabo por el auxiliar administrativo, a cargo de la gestión de agendas, siendo una función especializada y una de las tareas más compleja de la atención sanitaria.

Requiere de una alta concentración, formación y entendimiento del programa, todo ello conllevará mejoras en las tareas sanitarias y administrativas e influirá de manera directa en la satisfacción del paciente. Esta tarea es el nexo de unión entre médico y paciente, ya que de ella depende el buen funcionamiento a nivel de citas del Hospital Público.

Se trata de una labor de trabajo en equipo entre médico especialista y auxiliar administrativo, en la que este, tras las órdenes del médico, confecciona la agenda conforme a las necesidades médicas.

El trabajo del auxiliar administrativo se realizará con diligencia, prontitud y máxima exactitud, ya que de ello dependerá el buen funcionamiento de las citas hospitalarias; una labor de suma importancia para el médico y demás personal sanitario que trabaja junto a él, ya que influirá sobremanera en la planificación del trabajo diario.

Cualquier fallo o error en su elaboración supone un perjuicio para médico y paciente, por lo que requiere de una previa revisión para que cumpla su finalidad correctamente.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa el auxiliar administrativo en la gestión de agendas en los hospitales públicos.

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

Tras recibir la orden del médico especialista, el auxiliar administrativo comienza la confección de la agenda de acuerdo con las instrucciones recibidas: hora de inicio, duración de las citas, descansos, hora de fin, etc.

La estructura y diseño de las agendas es variable y modificable en cualquier momento, a instancia siempre del médico especialista y según sus instrucciones y órdenes al respecto.

Las agendas pueden ser idénticas, parecidas o totalmente distintas dentro de las diversas especialidades médicas. Todas ellas gozan de unas similitudes comunes, como son:

-Citas preferentes: Son huecos reservados para citar al paciente en caso de que el médico que emita el volante lo considere oportuno, valorando la urgencia que presente el paciente en cada caso.

-Consultas primeras: Son aquellas que requieren de un tiempo de consulta mayor que el de las sucesivas, porque es donde se lleva a cabo la primera visita del paciente y el médico tiene que recopilar información para la valoración y buen fin de la consulta.

-Consultas sucesivas: Son aquellas consultas que requieren de un menor tiempo porque suelen ser visitas del paciente para control y seguimiento.

-Consultas telefónicas: Fueron de gran ayuda durante la pandemia del Covid19, tendiendo a desaparecer de las agendas de los médicos especialistas dentro del Hospital.

Dependiendo del servicio, tanto citaciones del hospital como el auxiliar administrativo en Atención Primaria son los encargados de la inclusión de pacientes en las mencionadas agendas.

Una vez incluido el paciente en la agenda, el siguiente paso sería imprimir la cita, enviarla vía postal y notificarla al paciente.

En caso de que no diera tiempo a llegar por carta, se notificaría al paciente por teléfono directamente.

También es cometido del auxiliar administrativo en gestión de agendas, abrir días concretos y el cierre o bloqueo de determinados días por diversas circunstancias, como por ejemplo podrían ser: baja del médico, asistencia a cursos o congresos, días de libre disposición...

En estos casos, se efectúa una reprogramación informática consistente en volver a asignar nueva cita al paciente y su posterior notificación.

5 Discusión-Conclusión

La tarea del auxiliar administrativo a cargo de la gestión de agendas, es un importante eslabón entre médicos profesionales dentro del Hospital y pacientes, ya que constituye el instrumento a través del cual se lleva a cabo la planificación diaria de trabajo. Puede conceder o limitar los permisos necesarios para que enfermeras o auxiliares de enfermería puedan dar o anular citas dependiendo de su área de trabajo, así como citaciones sobrecupo.

Una buena comunicación y disposición entre ambas partes, junto con el buen manejo del programa informático por parte del auxiliar administrativo, constituyen pilares básicos en la tarea de elaboración de agendas, siendo determinantes para la satisfactoria calidad en los resultados finales de la asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. Ley 8/2000 de 30 de Noviembre de Ordenación Sanitaria en Castilla la Mancha.
2. Ley 5/2010 de 24 de Junio sobre Derechos y Deberes en materia de salud de Castilla la Mancha.
3. Ley 33/2011 de 4 de Octubre, General de Salud Pública.

Capítulo 367

¿CÓMO TRABAJAN, SE COMUNICAN Y SE COORDINAN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL CELADOR EN URGENCIAS?

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

ANA MARÍA PARRA LIZANO

NIEVES POLA FERNANDEZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital como su propio nombre indica requiere de rapidez desde el momento que se entra por la puerta.

Aquí entra en funcionamiento el equipo formado por auxiliar administrativo y celador como las primeras atenciones que recibe. También entra en funcionamiento el buen entendimiento entre ambos en cuanto a la comunicación se refiere.

La comunicación puede ser de celador a auxiliar administrativo o de auxiliar administrativo a celador en función de la urgencia. se puede requerir al celador

para que acompañe al paciente una vez tomados sus datos o puede el celador el que nos facilite sus datos porque éste haya tenido que ser trasladado de manera urgente a la atención del personal sanitario.

En caso de que el paciente tenga que pasar directamente a atención sanitaria tiene que haber una importante coordinación para introducir los datos del paciente al sistema informático. Aquí es muy importante que no pierda ningún dato por el camino porque de lo contrario no podríamos registrar correctamente al paciente, lo que influiría en perder tiempo en busca de su historia clínica.

La buena comunicación entre auxiliar administrativo y celador redonda también en la posterior comunicación que tiene que tener el resto de personal sanitario y no sanitario dentro de una institución sanitaria.

2 Objetivos

- Describir como un buen entendimiento entre celador y auxiliar administrativo es sinónimo de una atención más eficiente para el paciente que le otorga a este mucha tranquilidad y confianza.
- Valorar como una buena comunicación entre ambos profesionales se refleja en la satisfacción por parte 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.

4 Resultados

- Cuando un paciente llega al servicio de urgencias de un hospital, normalmente llega con un nerviosismo tremendo y con mucho miedo. Si las primeras personas que lo reciben le transmiten tranquilidad escuchándolo tranquilamente y con comprensión de todo lo que quiere contar, conseguiremos que se tranquilice y poco a poco que se vaya quitando ese miedo y respeto que da entrar en una urgencia hospitalaria. Esa tranquilidad y comprensión se la dan el celador y auxiliar

administrativo que son las primeras personas que lo atienden siempre y cuando haya una buena relación entre ambos.

- La primera atención que recibe el paciente es fundamental para la posterior atención sanitaria. En primer lugar, es fundamental recoger correctamente sus datos personales. Muchas veces no es fácil que le indiquen sus datos dado el nivel de nerviosismo que traen y ahí es cuando requerimos la colaboración del celador para ayudar a calmar al paciente y que intente pensar dándole tranquilidad y mostrándose amablemente. Algo que es fundamental en esos momentos es transmitir a los pacientes tranquilidad y seguridad de que está en el sitio correcto dada la situación.
- La tranquilidad y seguridad la da el buen entendimiento de celador y auxiliar administrativo, pues eso es apreciado por el paciente para poder calmar, aunque sea mínimamente sus nervios de tener que dirigirse a una institución sanitaria y entrar por el servicio de urgencias. Algo que da mucho respeto ya que no sabes el tiempo que vas a estar allí ni lo que va a pasar contigo.
- Dadas las circunstancias actuales de pandemia que estamos sufriendo, donde las personas tienen que entrar solas a las diferentes consultas, el hecho de poder comunicarse con el personal auxiliar administrativo como con el celador les otorga una gran tranquilidad y confianza.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión como auxiliares administrativos, el buen entendimiento, la coordinación y la adecuada comunicación con el personal celador hace que, tal como hemos visto en el anterior apartado la atención a los pacientes y familiares sea buena y calme los nervios de estos al encontrarse en urgencias, al trabajar el auxiliar administrativo “codo con codo” con el celador hemos apreciado como la atención sanitaria se ha visto enormemente mejorada y mejor calificada por los pacientes o usuarios del área de urgencias hospitalarias.

Siguiendo con nuestra opinión hay que fomentar el trabajo coordinado entre el auxiliar administrativo y el celador para fomentar este excelente trato al paciente, esto lo podemos fomentar haciendo “piña” entre este personal en el hospital.

6 Bibliografía

1. Ocronos.
2. Revista médica.
3. Sanidad. CCOO.

Capítulo 368

¿QUÉ FUNCIONES REALIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS?

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

NIEVES POLA FERNANDEZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

ANA MARÍA PARRA LIZANO

1 Introducción

Cuando un paciente después de haber sido atendido por los centros de atención primaria no ha podido recuperar por completo su salud, es necesario acudir a la atención especializada, que se realiza en las consultas externas de los centros hospitalarios, por tanto, el servicio de consultas externas, es un servicio ambulatorio donde acuden los pacientes que han sido derivados desde el servicio de atención primaria o de post-hospitalización. Es un sistema orientado a la prevención, curación y rehabilitación de los pacientes. En las consultas externas se encuentran diferentes especialidades médicas, donde el usuario es explorado, se le expedirán recetas médicas para su tratamiento, se le resolverán todas las dudas sobre su estado de salud, se le realizarán diferentes pruebas, análisis y se gestionarán las citas posteriores.

Cuando el problema de salud haya sido resuelto, el especialista dará el alta al paciente y será derivado de nuevo a su centro de salud para que sean ellos quien le hagan un posterior seguimiento para observar su evolución. El auxiliar administrativo es el encargado de gestionar la atención sanitaria ambulatoria de las diferentes especialidades en las consultas externas del centro hospitalario, llevarán la gestión de las citas de los pacientes, así como cualquier procedimiento que deban realizar. Gestionarán las agendas de las consultas llevando un registro de toda la actividad realizada.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer una a una las diferentes funciones que realizan los auxiliares administrativos en el área de consultas externas de los centros hospitalarios. Desarrollaremos estas y las expondremos de manera muy clara cuales son funciones en el servicio de consultas externas de cualquier centro hospitalario.

3 Metodología

Para 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

A pesar de la gran variedad de consultas tan diferentes que se llevan a cabo en las consultas externas de un centro hospitalario, las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en este ámbito son las mismas para las diferentes consultas ambulatorias. Las funciones que realiza el auxiliar administrativo en las consultas externas de un hospital son las siguientes:

- Atención al paciente solucionando cualquier duda sobre su cita.
- Expedir documentos y justificantes sobre las consultas médicas que puedan solicitar los usuarios.
- Realizar la atención telefónica para la gestión de las consultas.
- Se encargan de gestionar la información, datos y documentación de los usuarios siempre manteniendo la debida confidencialidad.

- Gestionar la agenda de fechas y horarios de las consultas.
- Gestionar la programación de las operaciones de los pacientes.
- Gestionar el registro de las listas de espera de las operaciones quirúrgicas, así como la inclusión de los usuarios en dichas listas.
- Se encargarán de la digitalización de los datos para posteriormente introducirlos en el historial del paciente.
- Establecer una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del centro hospitalario para la continuidad en la atención de los pacientes que lo requieran.
- El personal administrativo deberá gestionar una serie de datos para la identificación del paciente como nombre y apellidos, fecha de nacimiento, teléfono, número de la seguridad social, edad, etc.
- También los datos sobre el médico que ha solicitado la cita en las consultas externas, identificar el área que solicita la consulta y que servicio solicita, además de gestionar los datos médicos (historia clínica) y clínicos del paciente, así como fechas y horarios de las consultas.
- Gestionan los motivos de salida del registro de las consultas, como la no presentación, el aplazamiento, tanto el solicitado por el propio paciente como por el médico, renuncia voluntaria, etc. En resumen, gestionan la documentación clínica, la información asistencial y la gestión de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto en el anterior apartado, como el auxiliar administrativo en el área de las consultas externas hospitalarias tiene una serie de funciones (que son comunes en las diferentes consultas de las que se componen las consultas externas hospitalarias), muy importantes para el correcto funcionamiento de dicha área hospitalaria, hemos visto como el auxiliar administrativo se encarga de la atención al paciente, expide documentos tales como justificantes y otros de las consultas médicas, gestionan la documentación del paciente, gestionan la agenda de fechas y horarios de las consultas, también gestionan los datos personales de los pacientes (nombres y apellidos, etc.) y otras serie de funciones que hemos visto anteriormente que son extremadamente importantes para el correcto funcionamiento de las consultas externas de los hospitales.

6 Bibliografía

1. Estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias públicas de la Seguridad Social.

2. Gestión de pacientes en el hospital. El servicio de admisión y documentación clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
3. Guía de gestión de consultas externas en atención especializada.

Capítulo 369

INCIDENCIA DEL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD

JOSE JAVIER SANCHEZ CAMUÑAS

JOSE LUIS PEREZ HERENCIA

NIEVES POLA FERNANDEZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

ANA MARÍA PARRA LIZANO

1 Introducción

Empezaremos este capítulo haciendo mención a que las actividades que realizan los auxiliares administrativos en sanidad (en consulta, oficina, etc.) o por su trabajo en sí, crean en estos unos riesgos para su salud.

El síndrome del túnel carpiano es una de las enfermedades habituales en los auxiliares administrativos y esto crea unas consecuencias como un mayor gasto, bajas, etc.

Es por así decirlo una dolencia o enfermedad que afecta de manera muy acentuada al personal auxiliar administrativo debido al trabajo repetitivo y diario de este y que afecta por norma general a varias partes del cuerpo de los auxiliares

administrativos y a modo introductorio podemos afirmar que esta dolencia afecta mucho en la actualidad al personal administrativo debido a las malas posturas no enseñadas anteriormente para evitar este tipo de dolencia.

Por la incidencia y frecuencia con que se da esta dolencia, es muy acertado hacer cursos de prevención de enfermedades causadas por su puesto a empleados administrativos de ella y explicarles cómo pueden protegerse de esta típica lesión laboral.

Es un problema o enfermedad muy a tener en cuenta en este colectivo, porque provoca ausentismo laboral, bajas, dolencias y otras consecuencias devastadoras para este personal que afecta seriamente a la sanidad pública.

2 Objetivos

- Exponer de una manera breve y sencilla qué es el síndrome del túnel carpiano y cómo puede afectar de manera especial a los trabajadores del área administrativa del ámbito sanitario.
- Presentar formas de prevenir esta dolencia por los trabajadores de la oficina administrativa.

3 Metodología

Para 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El síndrome del túnel carpiano es una afectación, que, aunque también puede producirse por patologías metabólicas varias y de varios tipos más frecuentemente es provocado por movimientos repetitivos o rutinarios en el trabajo del auxiliar administrativo. Los movimientos que se repiten a diario en el trabajo del administrativo derivan en ocasiones en trastornos que afectan las manos, hombros, brazos y muñecas y varias partes del cuerpo de este personal también derivado de malas posiciones en su puesto de trabajo entre otros.

El empleado del área administrativa de un hospital o centro de atención primaria sufre frecuentemente enfermedades que son provocadas por malas posturas o movimientos de repetición. El uso del ratón en el equipo informático es continuo en su día a día, y frecuentemente provocando la aparición del túnel carpiano.

El síndrome del túnel carpiano afecta a la fuerza y sensibilidad que tenemos en las manos, puede darse en una o en las dos, aunque los primeros síntomas suelen aparecer en la mano dominante. Causa entumecimiento, sensación de debilidad o pérdida de tacto y de función, además a las personas que sufren de esta dolencia se le pueden caer las cosas con una mayor facilidad.

Una serie de recomendaciones que podemos ofrecer a las personas que trabajan todo el día con equipos informáticos, son:

- Conseguir que el brazo, desde el codo, esté apoyado en su totalidad sobre la mesa y así no forzar la articulación en su totalidad.
- Intentar que el codo haga una flexión de 90° y relajar los hombros para no cargarlos.
- Intentar manejar el ratón con movimientos que se impulsen desde el codo, sin forzar la muñeca en ningún caso.

Al acabar la jornada, es muy importante, acordarnos de hacer estiramientos que relajen y fortalezcan la musculatura, como son, por ejemplo, las rotaciones de muñeca. También, podemos encontrar productos para fortalecer los músculos de la mano y el brazo, inmovilizar esta zona o adecuar el lugar de trabajo y evitar su aparición o aliviar la sintomatología, cómo son las férulas de inmovilización, que podemos usar de noche o durante todo el día y muñequeras, más flexibles, que ayudan a aliviar el dolor y hormigueo que produce esta afectación.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión es necesario mejorar el entorno de trabajo para evitar y minimizar la aparición de este síndrome en los empleados del Sector Administrativo, es algo que se puede hacer fácilmente con unas correctas y sencillas indicaciones si estamos atentos a la presencia de la posible aparición de este síndrome.

La prevalencia e incidencia de esta patología en los trabajadores administrativos nos ayuda, por tanto, a poder ofrecerles correctas pautas de actuación para aminorar la frecuencia con que la que se presenta, así como, proporcionar consejos para poder conseguir una óptima salud laboral y reducir el impacto negativo que implica esta dolencia tanto en la salud del trabajador como a nivel económico por la incapacidad profesional que genera.

6 Bibliografía

1. <https://www.benestarfisioterapia.com/>.
2. <https://revistamedica.com/>.
3. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/>.

Capítulo 370

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

MARIA DOLORES INIESTA JIMÉNEZ

JOSÉ ESTEBAN RUIPÉREZ SÁEZ

MARGARITA PATERNA RAMÓN

AMPARO PASTOR RODRÍGUEZ

MARIA JESÚS PATERNA RAMÓN

1 Introducción

El servicio de Atención al Paciente, ubicado en Hospitales, es un área cuya misión principal se centra en velar por los derechos y deberes de los usuarios-pacientes, mejorar la calidad asistencial mediante reclamaciones y sugerencias formuladas por el paciente, así como proporcionar la información y ayuda necesarias en todo lo que precisen.

Normalmente, el servicio de Atención al Paciente se encuentra en el organigrama dependiendo directamente del Área de Gerencia y Dirección.

El auxiliar administrativo en este servicio atenderá e informará directamente al paciente, a sus familiares o acompañantes. Dicha atención podrá ser tanto personal como telefónica. Proporcionará al usuario información y ayuda acerca de

las vías más adecuadas e idóneas para formular quejas, reclamaciones y sugerencias, velando siempre por el bien del paciente y de la administración sanitaria.

El auxiliar administrativo desarrolla una función de suma importancia en el puesto de Atención al Paciente, ya que es el catalizador o nexo de unión entre el usuario o reclamante y la dirección sanitaria a quien corresponde llevar a cabo las medidas procedentes en cada caso.

En los centros sanitarios y en el servicio de atención al paciente, el auxiliar administrativo facilitará los modelos de reclamación necesarios, asesorará, informará y ayudará a tramitar las solicitudes de la forma más eficiente posible.

2 Objetivos

- Explicar la labor del auxiliar administrativo en el puesto de Atención al Paciente informando sobre el procedimiento para la interposición de quejas, sugerencias y reclamaciones.
- Mostrar las habilidades y capacidad resolutoria del auxiliar administrativo en el servicio de Atención al Paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente.

Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Scielo y Medline, así como Google académico, todos ellos artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las tareas fundamentales del auxiliar administrativo en el servicio de Atención al Paciente es conseguir la calidad asistencial en la prestación de los servicios sanitarios. Para ello, se ponen a disposición del usuario formularios para llevar a cabo sugerencias, quejas y reclamaciones.

Este trabajo del auxiliar administrativo contribuirá en gran medida para que la administración sanitaria pueda resolver estos procedimientos y contribuir así

para lograr unos centros sanitarios más modernos, con menos deficiencias y más sostenibles en su caso.

La actitud del auxiliar administrativo deberá ser conciliadora y mediadora, limitándose a orientar al paciente o usuario para interponer la sugerencia o reclamación sin entrar en juicios de valor, sin obviar que ha de ser lo más resolutivo posible.

En los casos en que el paciente se dirige para interponer una reclamación administrativa, es normal que su actitud sea de crispación o intranquilidad, en estos casos, el auxiliar administrativo debe actuar con una actitud que provoque la tranquilidad del reclamante, para que este se muestre más relajado y hacer así que se sienta escuchado y atendido.

El auxiliar administrativo además de la atención personal en estos trámites intentará hacer lo propio con la asistencia telefónica: comunicará de forma taxativa y correcta los mensajes, el lenguaje deberá ser lo más sencillo y entendible posible de manera que no provoque malos entendidos y no haya lugar a la ambigüedad o abstracción de contenidos.

Es importante la información que se da al paciente desde este departamento sobre listas de espera quirúrgicas, consultas o falta de personal. Estos han sido algunos de los problemas que más ha sufrido la administración sanitaria, debido a la aparición de la pandemia por Covid19, que ha marcado un antes y un después en los centros sanitarios y hospitales.

5 Discusión-Conclusión

Desde el servicio de Atención al Paciente, el auxiliar administrativo ayuda directamente a detectar los problemas en los centros sanitarios y hospitales y su consiguiente solución. Informará de manera clara y sencilla sobre el procedimiento a seguir para formular quejas, sugerencias y reclamaciones, las cuales contribuirán al buen y mejor funcionamiento de los centros sanitarios, redundando así en el bienestar sanitario de profesionales y pacientes.

Para toda esta labor de atención al paciente es primordial la formación continuada del auxiliar administrativo. La administración sanitaria será la encargada de su formación en todas aquellas materias que puedan hacer que esta labor se desarrolle cada día de manera más profesional.

El auxiliar administrativo presentará una actitud positiva frente al usuario para

que la comunicación fructifique y se ofrezca la ayuda solicitada.

6 Bibliografía

1. Orden 20/2003 de la Consejería de Sanidad de las reclamaciones, quejas y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla la Mancha.
2. Orden de 29/01 2013 de modificación de la orden 20/02/2003 Castilla la Mancha.
3. 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.

Capítulo 371

TRABAJO Y RESPONSABILIDADES DE LOS CELADORES EN LA PLANTA HOSPITALARIA

ÁNGEL VALCÁRCEL FELIPE

JAVIER MELLADO MONTEJANO

RAMONA CAMPOS CAMPOS

1 Introducción

El área de hospitalización es el servicio donde por prescripción médica, son ingresados los pacientes procedentes del servicio de urgencias para tratar y seguir la evolución de estos, poniendo a su disposición todos los medios disponibles tanto humanos como materiales. También ingresan en la misma pacientes programados para una intervención, post operatorios procedentes de la rea y algunos de otros servicios como las consultas externas, etc.

Para el buen funcionamiento y desarrollo de todo esto, los celadores cumplen un papel principal y siempre bajo las órdenes del personal sanitario, para el transporte de los pacientes entre los distintos servicios del propio hospital, control y vigilancia de las personas que deambulan por los pasillos y habitaciones para que mantengan el orden y limpieza de las mismas y el apoyo que sea necesario al personal sanitario y estén dentro de sus funciones. En algunos casos también son los encargados de realizar los ingresos de los pacientes procedentes del servicio de urgencias a sus distintas unidades.

Como podemos apreciar, el abanico de funciones de los celadores en hospitalización es muy amplio, más adelante desarrollaremos un poco más cada una de ellas, siendo todas estas primordiales para el buen funcionamiento de los servicios correspondientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintas funciones que se pueden realizar en la planta hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las plantas hospitalarias están formadas tanto por personal sanitario (facultativos, enfermería, TCAE), como por no sanitario (administrativos, personal de limpieza, celadores, etc.). Para el buen funcionamiento de esta, el trabajo en equipo es fundamental para el desarrollo de las tareas diarias. En nuestro caso, los celadores cumplen un gran abanico de funciones, como apoyo del personal sanitario, funciones de vigilancia, control de estancias y habitaciones, traslado de pacientes a diferentes servicios, etc.

Funciones de apoyo al personal sanitario:

- Ayudar al personal de enfermería al inyectar, curar o medicar a pacientes que no colaboran como pueden ser enfermos mentales, desorientados o niños. - Colaborar en el aseo de pacientes encamados.
- Colocación de contenciones a pacientes que lo requieran por indicación del personal sanitario. - Ayuda a amortajar enfermos fallecidos y su traslado al mortuario.
- Colaborar en los cambios posturales de enfermos encamados.
- Movilización de pacientes de la cama al sillón y del sillón a la cama.
- Colaborar con los técnicos de rayos en las placas portátiles.
- Ayudar a reducir a pacientes agitados.

- Traslado de enfermos diversas pruebas a petición del personal sanitario.
- En circunstancias especiales ayudaran a la colocación y retirada de cuñas.
- Excepcionalmente lavaran, bañaran y asearan a enfermos masculinos que no puedan hacerlo por sí mismos, por indicaciones de supervisores de planta o servicio o su sustituto en su ausencia.

Funciones de vigilancia:

- Controlar el acceso a la planta a personas autorizadas.
- Vigilar a enfermos y acompañantes que no hagan un uso indebido de enseres, ropas y contenido en las habitaciones.
- Mantendrán el orden y silencio posible en toda la planta hospitalaria.
- Darán parte de los desperfectos de material, edificio y limpieza a sus inmediatos superiores.
- Velaran por que se cumplan las normas, horario y número de visitas.
- Prohibirán fumar, así como la introducción de alimentos.
- Vigilar que no deambulen por zonas restringidas, salvo el personal autorizado.

Aparte de todas estas funciones, también podrán hacer de ascensoristas cuando así se lo encomienden sus superiores o necesidades de servicio y podrán realizar labores de limpieza cuando para el personal femenino no sea idónea o decorosa por dificultad de manejo o de peso.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como hemos visto anteriormente, los celadores de hospitalización tienen una participación fundamental para el buen funcionamiento de la misma en colaboración con el resto del personal. Desde el momento que ingresa el paciente, siendo ya participe en el traslado de este desde el servicio de urgencias, como en el tiempo que dure su estancia, se crean equipos de trabajo para su colaboración junto con el personal sanitario para la atención, tratamiento y cuidados de estos. Los traslados internos entre plantas, traslados y recogida de pruebas, traslados a quirófano, recogidas desde la Rea, etc....al igual que vigilaran acceso y control de familiares y acompañantes a su servicio. Acompañan a la salida por alta facultativa con una silla de ruedas al paciente por si fuera necesario . También colaboran en el amortajamiento de los enfermos fallecidos y a su cargo queda el traslado al mortuorio. Como vemos desde su entrada hasta su salida los celadores son participes en todo momento.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en planta hospitalaria y su realización de forma eficaz, contribuyendo

al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. Web educaweb.com.
2. Web auxiliar de enfermería.com.
3. Web celadores online.

Capítulo 372

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA OBTENCIÓN DE UN PUESTO DE TRABAJO RESPECTO A LA IGUALDAD DE GÉNERO

MARGARITA MARTINEZ GARRIDO

1 Introducción

Las mujeres y los hombres son parejos en dignidad humana y semejantes en derechos y deberes. Por ello a la hora de optar a un puesto de trabajo no deben de importar si es un hombre o una mujer lo que cuenta es el currículum vitae, su experiencia y su formación acorde al puesto que opte.

ES importante como nos educan en la niñez para poder ver y para crear nuestra identidad, cómo los aprendemos y si queremos desde la práctica docente que se sigan transmitiendo.

Todavía en la actualidad de nuestra sociedad existen los estereotipos de desigualdad de oportunidades y machismo.

Dependiendo de si se es hombre o mujer, nuestra identidad personal se verá claramente restringida, ya que la sociedad no abandera o muestra que hombres y mujeres seamos semejantes, sino que cada sexo tiene unas pautas y unos roles de comportamientos desiguales para cada uno.

El término estereotipo fue origen de investigación para el periodista Walter Lippmann. Queen los años 20 del pasado siglo expresaba que los estereotipos son algo muy subjetivo que ayuda a la persona a establecerse una imagen de lo que es o de lo que puede llegar a ser.

Cuando hablamos de género, no concebimos las características biológicas que distinguen la condición de mujer o de varón, sino las cimentaciones sociales que se han erigido sobre esas diferencias biológicas y ahí caben las diferencias y desigualdades socioculturales.

2 Objetivos

- Conocer las discriminaciones por ser mujer o hombre en el ámbito laboral.
- Describir discriminación directa o indirecta por el auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban que tipo de discriminación puede en contra un auxiliar administrativo en el tema laboral. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library. Las palabras utilizadas en DECS fueron formación, curricular y empleo.

4 Resultados

- Esta búsqueda bibliográfica va en base de que obstáculos se pueden encontrar a la hora de que las empresas no comprendan o no tengan en consideración la desigualdad de género.
- En que suelen incidir los empresarios ante la contratación de una mujer o un hombre en su empresa pues en que la mujer tendrá derecho a la conciliación familiar lo cual va a tener unas horas en las que la empresa tendrá que ceder para que la mujer en periodos estivales de navidad y verano tendrá a sus hijos sin colegio. También si no tendrá que cambiarle el horario laboral. Otra etapa puede ser el embarazo y sus riesgos en el que la mujer cojera la baja en cuanto cumpla unas semanas la cual la mutua le dará la baja correspondiente, la lactancia que suele ser un mes aproximadamente en el que el empresario tendrá que facilitar una hora al día o darle un mes de lactancia.
- A las mujeres se les atribuye socialmente una falta de capacidad de liderazgo, habiendo que explicar doblemente que tiene capacidad para gobernar un equipo, mientras que a un hombre no se le cuestiona a priori. Por otro lado, los mismos órganos de selección, que en la gran mayoría son hombres, tienden a elegir entre las personas aspirantes a sus iguales de género. Debido a ello germina el término

denominado “techo de cristal”, o barrera invisible que imposibilita veladamente a las mujeres el acceso en depende que puestos de responsabilidad.

- Los hombres y las mujeres son desemejantes desde un punto de vista biológico, a causa de condicionantes genéticos, fisiológicos firmes como consecuencia de la evolución humana, pero han de ser indiscutiblemente iguales en el disfrute de sus derechos y por supuesto en el cumplimiento de sus obligaciones. Sus diferencias físicas o biológicas no deben tomarse en cuenta para de determinar la división sexual del trabajo ni de los roles sociales que los cimenta.
- Puede germinar la discriminación directa la cual es bajo el mismo techo de los superiores en los que psicológicamente le acometen todos los días con temas en las que les expresan que no sirven para trabajar, e indirectamente cuando no les admite para desempeñar un puesto de trabajo de administrativo, aunque tienen por ley que acoger tanto hombres como mujeres. (O'Donnell, P., O'Donovan, D. y El Musharaf, K. 2018)

5 Discusión-Conclusión

Es importante que la sociedad y sobre todo los empresarios emprendan a abrir los ojos para que vean que ya todos estamos en el mismo nivel de competencias y capacidades y con todo tipo de igualdades, incluso el voto en la mujer se ha conseguido. Con lo cual el tema de desigualdad de género no es ya viable, sino que no deberíamos tener esa palabra ya ni en nuestro lenguaje.

El administrativo como mujer o hombre tendrá que desempeñar competente-mente y ser capaz de ejecutar las tareas adecuadas y que le asignen con lo cual no debería de recibir discriminación por ninguno de los dos casos. En el suceso de que se origine será denunciado a la magistratura de trabajo para que con la ley pueda explicar qué tipo de puestos debe de tener cada empresario en su empresa, más la multa correspondiente.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
2. O'Donnell, P., O'Donovan, D. y El Musharaf, K. (2018) Medición de la exclusión social en entornos sanitarios: Revisión del alcance. Revista Internacional para la equidad en Salud, 17(1).
3. Belli L, 2019., Economiafeminita.com., En Portada Salud. “La importancia de la perspectiva de género en salud” 8M.

Capítulo 373

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN ATENCION PRIMARIA

SAMIRA BENAISA HASSAN

SOUAD EL HAMMOUTI RAISS

NAUAL MIMUN AOMAR

1 Introducción

Los auxiliares administrativos integran las denominadas Unidades administrativas de los Centros de Salud.

Desarrollan funciones de atención al paciente y de apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria.

Dicho equipo está compuesto por personal facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, facultativo especialista en Pediatría, Odontología, Fisioterapeuta, Matrona, Asistente Social, Enfermería, Auxiliar de Enfermería y Celador.

Las funciones de un auxiliar administrativo en un Centro de Salud son:

Atención telefónica , atención presencial , gestionar las citas de todos los profesionales del Centro de Salud , estadística de actividades por profesional , dar de alta a los nuevos pacientes , tramitar los visados de medicamentos a Inspección Médica , tramitar las citas para los especialistas , dar de baja a los pacientes que cambian de centro, de Comunidad o son éxitus , organizar el archivo ,la atención telefónica es el primer contacto que tiene el paciente con el Centro de Salud. Con la llamada se da cita para todos los profesionales del centro y se resuelven dudas

de todo tipo ya que al llamar al centro de salud algunos pacientes lo utilizan para preguntar dudas de otro ámbito que no es sanitario.

La atención presencial ha disminuido en un 80% desde marzo de 2019 cuando hemos empezado con el COVID. También es el primer contacto que tiene el paciente cuando va a realizar algún trámite o pedir una cita para un profesional.

La gestión de citas de todos los profesionales del Centro de Salud se hace como anteriormente he comentado, por vía telefónica o presencial. Se piden datos como número de historia o DNI para identificar al paciente y a continuación, una vez se le haya localizado, se le da la cita para el profesional que requiere.

La estadística de actividades por profesional se hace diariamente. A cada profesional se le pone el número de urgencias que ha solicitado, el número de analíticas, de visado de recetas, de radiografías y de especialistas; para que a principios del mes se pueda realizar la estadística total.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las tareas de un auxiliar administrativo que son las de apoyo material, ejercicios y desarrollo respecto a las tareas administrativas asistenciales propias de la Institución.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en Google académico y wikipedia sobre las funciones del auxiliar administrativo los cuales están incluidos en la bibliografía. Para ello se han consultado bases de datos como el buscador Google Académico. Los descriptores empleados fueron: auxiliar administrativo, ambulatorio, atención primaria, función.

4 Resultados

Ámbito laboral en el que trabajan los auxiliares administrativos de Atención Primaria Centros de Salud.

Tal como se puede observar en la Guía de acogida para profesionales que trabajan en Centros de Salud de la Gerencia del Área de Salud de Badajoz:

“ El equipo de atención primaria es un conjunto de profesionales, compuesto por personal sanitario y no sanitario, cuya organización y estructuración de trabajo

en el marco geográfico y poblacional de la Zona de Salud se define en base a una serie de características:

Marco conceptual discutido y compartido.

Objetivos comunes para todos sus miembros.

Utilización y desarrollo de técnicas comunes y específicas.

Descripción de funciones para los diferentes profesionales.

Autonomía de actuación, dentro de los límites establecidos.

Carácter de complementariedad de sus miembros.”

Los auxiliares administrativos suelen integrar las comúnmente denominadas “Unidades administrativas”, u otras calificaciones similares, según el Servicio de Salud al que pertenezcan.

Generalmente desarrollan funciones tanto de atención al paciente – tramitaciones, citaciones, etc.- como de apoyo administrativo al conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria, que no siempre está integrado por el mismo tipo de profesionales, sino que en función de la población que atiende y la localización geográfica, dispone de diferentes servicios.

Las funciones primordiales del Auxiliar administrativo serían, entre otras, las siguientes:

Atención al paciente

Gestión de citas de todos los profesionales del Centro de Salud.

Gestión de base de datos.

Control de asistencia de pacientes.

Control y estadística de actividades por profesional

Realización de informes a petición del paciente / profesional / otros organismos.

Tramitación administrativa de nuevos pacientes en el centro.

Petición de interconsultas y envío de informes

Gestión del Transporte: Rutas, ambulancias, bajas, etc.

Gestión de la Historia Clínica

Gestión del material del centro

Fotocopias

Atención telefónica

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo que presta sus servicios el ámbito de la Atención primaria, debe tener conocimiento de todos los derechos del paciente, asegurándose de que no son vulnerados y que éste recibe una atención adecuada.

Es un pilar fundamental en la atención primaria, ya que a diferencia de su labor en hospitales u otros ámbitos sanitarios, en los centros de salud se realizan múltiples trámites administrativos, tal como se ha detallado previamente. La Unidad Administrativa de un Centro de Salud es un pilar importante en el buen funcionamiento del equipo de Atención Primaria. Como ya he mencionado las primeras personas con las que tiene contacto el paciente son los auxiliares administrativos de las Unidades Administrativas de los Centros de Salud.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 374

TIEMPOS DE PANDEMIA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL HOSPITAL

NAUAL MIMUN AOMAR

JOSE ROMERO MOHAMED

1 Introducción

Antes de la llegada de la pandemia el sistema habitual para confeccionar las agendas médicas, tanto en los centros de atención primaria como en los centros de atención especializada, por parte de los auxiliares administrativos, era a través del programa de gestión de citas Millenium o Selene en el caso del principado de Asturias, y de otros similares en el resto de comunidades.

En el caso de Asturias la llegada y recepción de pacientes se realiza por un sistema de turnos, en los cuales los usuarios son llamados a las consultas utilizando unas pantallas y unos códigos alfanuméricos con el objeto de que en primer lugar los datos personales de los pacientes estén protegidos en todo momento, y en segundo lugar se eviten situaciones de conflicto al estar los pacientes pendientes de quien va primero y quien va después. Todo esto durante la pandemia por COVID-19 se ve alterado y las Administraciones toman la decisión de sustituir las consultas presenciales (salvo casos concretos) por las consultas telefónicas. Podemos afirmar que esta medida en la mayoría de los casos llevo a un colapso de las líneas telefónicas. Los usuarios ven imposibilitado su derecho a la atención sanitaria porque la atención telefónica está saturada. Y aquí es donde el auxiliar

administrativo va a jugar un papel fundamental ya que él va a ser el encargado de gestionar tanto las entradas como las salidas de las consultas y establecer un orden dentro del caos que se originó.

2 Objetivos

Dar a conocer un sistema eficaz de atención al usuario sin disminuir la seguridad y la calidad dentro del sistema 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

Uno de los grandes problemas que se plantean durante la pandemia es el acceso telefónico a la atención sanitaria por parte de los usuarios, quienes tienen que hacer numerosos intentos para conseguir contactar con los centros sanitarios. Se propone así la creación de los llamados “Call Center”.

La administración realiza la contratación de 50 auxiliares administrativos exclusivamente para este trabajo y comunica a la población que deberán de seguir llamando a los teléfonos habituales de los centros. Cuando después de un número de llamadas establecido no respondan a su llamada, esta pasara a estos nuevos centros de atención al paciente para solicitar sus citas, consultas o información. En la primera semana se contabilizaron 35.000 llamadas. Al día podemos decir que fueron atendidas entre 4.500 y 5.000 llamadas. La mayoría de ellas estaban relacionadas directamente con la nueva enfermedad, el COVID, pero también hubo muchas llamadas referentes a la actividad que habitualmente se llevaba a cabo en los centros, como por ejemplo consultas sobre otras patologías, tramites a realizar, etc. A medida que la pandemia avanza, se van creando nuevas funciones para los auxiliares administrativos, que en este momento se convierten en una pieza clave del sistema sanitario, como, por ejemplo, ser los encargados de realizar justificantes de asistencia, partes de baja, recetas electrónicas, etc.

Una vez concluidas las sucesivas “olas pandémicas” este grupo de 50 trabajadores no desapareció, sino que fue diversificado por los distintos centros sanitarios para seguir prestando su ayuda al paciente como refuerzo en el servicio de atención telefónica.

Los usuarios ven imposibilitado su derecho a la atención sanitaria porque la atención telefónica está saturada. Y aquí es donde el auxiliar administrativo va a jugar un papel fundamental ya que él va a ser el encargado de gestionar tanto las entradas como las salidas de las consultas y establecer un orden dentro del caos que se originó.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que la pandemia cambió la forma de trabajar de los auxiliares administrativos ampliando sus funciones organizativas y asistenciales. Se crea el llamado “Call Center” y a su vez se crea una nueva conexión entre médico y paciente, no sólo con carácter administrativo, sino también como colaborador sanitario; por ejemplo, ejerciendo en muchas ocasiones funciones de triaje telefónico y triaje presencial, garantizando así la seguridad de los pacientes y los profesionales sanitarios. Los nuevos canales informativos para concienciar a la población sobre la importancia de no acudir presencialmente son gestionados por los auxiliares administrativos, así mismo se instauran nuevos modelos de citación como el mostrador web, app o mail, donde se solicitará cita o información y será la unidad administrativa la encargada de gestionar estas aplicaciones.

En definitiva, podemos decir que el “nuevo auxiliar administrativo” que surge de esta crisis sanitaria garantiza la calidad de la atención al usuario y de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 375

RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL AUXILIAR DE ADMINISTRATIVO

NAUAL MIMUN AOMAR

JOSE ROMERO MOHAMED

1 Introducción

Según el artículo 4 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se entenderá como “riesgo laboral” la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.

El auxiliar administrativo en su quehacer diario está expuesto a diversos riesgos laborales, aunque se tenga la percepción de que es un trabajo confortable, los riesgos laborales en labores administrativas existen, la no prevención de los mismos de una manera eficaz, derivará en posibles accidentes y enfermedades que comportarán bajas laborales y absentismo. Podemos diferenciar varios tipos de Riesgos Laborales que pueden afectar a un auxiliar administrativo en su puesto de trabajo según la siguiente clasificación:

Riesgos de seguridad, Riesgos higiénicos, Riesgos ergonómicos y Riesgos psicosociales.

Aunque parezca que el trabajo de un auxiliar administrativo no está expuesto a riesgos laborales, éstos existen y se necesita de un plan de prevención y una evaluación de riesgos adecuada para combatir los mismos.

El empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo, realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva de la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores. (Art. 14 Ley Prevención de Riesgos Laborales).

Los trabajadores deberán cumplir las obligaciones establecidas por las autoridades competentes y cooperar con el empresario, asimismo deberán velar por su propia seguridad y salud, utilizarán de forma correcta los medios y equipos de protección e informarán de carácter inmediato a los superiores de cualquier situación que pueda generar un riesgo, entre otras obligaciones.

Así pues, un buen plan de prevención de riesgos laborales, una evaluación de riesgos adecuada, una formación e información idóneas a los trabajadores, contribuirán a reducir los Riesgos Laborales a los que está sometido el Auxiliar Administrativo en su puesto de trabajo, evitando así los posibles accidentes y enfermedades que puedan provocar bajas laborales.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer mediante un breve resumen los riesgos a los que puede estar sometido en su trabajo un auxiliar administrativo y las medidas preventivas para evitarlos

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 diferenciar varios tipos de Riesgos Laborales que pueden afectar a un auxiliar administrativo en su puesto de trabajo según la siguiente clasificación: Riesgos de seguridad

Riesgos higiénicos

Riesgos ergonómicos

Riesgos psicosociales.

Medidas preventivas:

Fijar correctamente las estanterías a la pared o al suelo para que no se desplacen.

No abrir varios cajones a la vez, ni llenar excesivamente los cajones superiores de los archivadores

No utilizar las baldas de las estanterías como peldaños de una escalera.

Choques contra objetos móviles o inmóviles.

Se producen por no prestar la debida atención a la hora de desplazarse y por encontrar objetos en zonas de paso mal colocadas.

Medidas preventivas:

No acumular objetos en zonas de paso

Iluminar correctamente la zona de trabajo

No dejar abiertos cajones de puertas o archivadores o muebles

Señalizar con carteles los posibles obstáculos en zonas de paso

Caídas de personal al mismo nivel o a distinto nivel

Son caídas producidas por el mal estado del pavimento o por la mala utilización o mal estado de las escaleras o medios para acceder a sitios altos.

Medidas preventivas:

Limpiar el suelo cuando se produzca algún derrame de productos para que no sea resbaladizo

No dejar cables en zonas de paso que puedan provocar tropezones o caídas

No utilizar sillas para alcanzar objetos que estén en zonas elevadas

Comprobar el estado de conservación de las escaleras de mano (mecanismos antideslizantes, zapatas, ganchos...)

Golpes /cortes por objetos o herramientas

Se producen al utilizar máquinas o herramientas en mal estado, o no utilizarlas de la forma debida.

Medidas preventivas:

Llevar ropa ajustada al utilizar por ejemplo una trituradora de documentos.

Si se trabaja con cúter extremar la precaución utilizando el seguro para que la cuchilla no se desplace

Evitar colocar las manos en la trayectoria de corte cuando se utilicen tijeras y debajo de las grapadoras o taladros.

Contactos eléctricos

Se producen por el contacto de una persona con partes eléctricas.

Medidas preventivas:

Apagar los equipos antes de desenchufarlos

No tocar aparatos con las manos mojadas, ni usar equipos deteriorados

Proteger cables sueltos y colocación adecuada de los mismos que no interfiera en el paso de personas.

Señalización de cuadros eléctricos y demás equipos eléctricos de manera correcta

Incendios

Son los producidos por la reacción química entre un combustible y un comburente con desprendimiento de energía en forma de luz o calor

Medidas preventivas:

Mantener alejados los materiales combustibles de las fuentes de calor

No sobrecargar las tomas de corriente con excesivos enchufes

Formación a cargo de la empresa en simulacros y uso de los medios de protección contraincendios

Señalización correcta de extintores, salidas de emergencia, material de primeros auxilios, etc...

5 Discusión-Conclusión

Aunque parezca que el trabajo de un auxiliar administrativo no está expuesto a riesgos laborales, éstos existen y se necesita de un plan de prevención y una evaluación de riesgos adecuada para combatir los mismos.

El empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo, realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva de la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores. (Art. 14 Ley Prevención de Riesgos Laborales).

Los trabajadores deberán cumplir las obligaciones establecidas por las autoridades competentes y cooperar con el empresario, asimismo deberán velar por su propia seguridad y salud, utilizarán de forma correcta los medios y equipos de protección e informarán de carácter inmediato a los superiores de cualquier situación que pueda generar un riesgo, entre otras obligaciones.

Así pues, un buen plan de prevención de riesgos laborales, una evaluación de riesgos adecuada, una formación e información idóneas a los trabajadores, contribuirán a reducir los Riesgos Laborales a los que está sometido el Auxiliar Administrativo en su puesto de trabajo, evitando así los posibles accidentes y enfermedades que puedan provocar bajas laborales.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 376

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TRATAMIENTO DE DATOS

JOSE ROMERO MOHAMED

NAUAL MIMUN AOMAR

1 Introducción

La protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de datos personales es un derecho fundamental protegido por el artículo 18.4 de la Constitución española. Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias. De esta manera, nuestra Constitución fue pionera en el reconocimiento del derecho fundamental a la protección de datos personales cuando dispuso que «la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos».

Todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud. 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. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso.

La única excepción a este consentimiento se establece en el caso de que la comunicación de los datos tenga por objeto la prevención, el diagnóstico y la asistencia sanitaria de los afectados a los que se refieren.

En el caso particular y excepcional de las mutuas y de las compañías de seguros, los datos médicos pueden comunicarse de acuerdo al principio de calidad y únicamente para llevar a cabo la elaboración de la factura del gasto sanitario.

2 Objetivos

Conocer unos aspectos a tener en cuenta para lograr una adecuada protección de datos por el auxiliar administrativo ya que es la persona que más maneja la información del paciente

3 Metodología

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

4 Resultados

Que el Auxiliar Administrativo estudie y esté al corriente sobre la normativa de protección de datos es fundamental para que pueda consolidar la privacidad en su desarrollo laboral, protegiendo eficazmente los datos personales de los usuarios.

El derecho a la protección de datos personales deriva del derecho a la intimidad, recogido en el Título I (de los derechos y deberes fundamentales), Capítulo segundo (derechos y libertades), Sección 1ª (de los derechos fundamentales y de las libertades públicas), artículo 18.4 de la Constitución Española, donde se establece que “La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

A su vez, este derecho es reconocido por el Tribunal Constitucional en la STC 292/2000.

Que los datos sean de carácter personal no significa que solo se protejan los relacionados a la vida privada o íntima de la persona, sino que los datos amparados son todos aquellos que identifiquen o permitan la identificación de la persona, pudiendo utilizarse para confeccionar su perfil ideológico, racial o sexual,

económico o de cualquier otra índole, o que sirvan para cualquier otra utilidad que en determinadas circunstancias constituya una amenaza para el individuo.

El Auxiliar Administrativo en Sanidad debe saber que en la actualidad en España se encuentra en vigor la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la cual adapta la legislación española a las disposiciones del Reglamento Comunitario de la Unión Europea de 2016, trayendo novedades y mejoras para regular este derecho. En el artículo 8 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en sus apartados 1 y 2 viene establecido lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan.

Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos.

El artículo 16 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea en sus apartados 1 y 2 viene establecido lo siguiente:

El Parlamento Europeo y el Consejo establecerán las normas sobre protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos de carácter personal por las instituciones, órganos y organismos de la Unión, así como por los Estados miembros en el ejercicio de las actividades comprendidas en el ámbito de aplicación del Derecho de la Unión, y sobre la libre circulación de estos datos.

Con todo esto, se establece el derecho que tiene toda persona a que sus datos de carácter personal sean protegidos, con independencia de la nacionalidad o residencia que posea dicha persona.

5 Discusión-Conclusión

Desde siempre, la Protección de Datos de carácter Personal ha sido una cuestión muy importante para los poderes públicos y los distintos organismos nacionales e internacionales.

Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Salud de las Comunidades y el Sistema Nacional de Salud, como entes públicos que son, manejan una gran cantidad de información personal de los pacientes y usuarios. Para garantizar la protección de estos datos se han creado organismos que se encargan de velar por el cumplimiento de la normativa que regula esta materia.

A su vez, se han creado campañas informativas orientadas a los profesionales y a los pacientes para poder dar a conocer los derechos y obligaciones referentes a esta cuestión.

El Auxiliar Administrativo en Sanidad desempeña sus funciones laborales en Centros e Instituciones sanitarias, donde se gestiona gran cantidad de información personal de usuarios y pacientes. Por ello, es de gran importancia que conozca la Ley de Protección de Datos y los aspectos fundamentales que rigen la política de esta ley. Con este conocimiento, el Auxiliar Administrativo en Sanidad podrá aplicar y tener en cuenta dichos conocimientos a la hora de llevar a cabo su actividad laboral.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 377

EL PINCHE DE COCINA, MAQUINARIA Y UTILLAJE EN LA COCINA

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

VANESA GARRIDO HERRERA

MARÍA NIEVES VALLE

MARTA GARRIDO HERRERA

JORGE ROMERO MATEO

1 Introducción

El empleo de los utensilios y demás utillaje de la cocina por parte del Pinche de Cocina, se basa principalmente en identificación de cada uno de los útiles a utilizar y conocer sus características, funciones y forma correcta de utilización, mantenimiento y limpieza de la batería y utillaje de uso en cocina.

La limpieza y correcto uso de los utensilios de cocina y todas las herramientas deben de estar en un adecuado estado, también debe ser suficiente para que los alimentos puedan ser tratados en las diferentes etapas de forma correcta.

El trabajo a realizar en una cocina de un hospital se basa en el empleo de diferente utillaje y batería de cocina ideadas para realizar diversas funciones. Estos útiles imprescindibles para la elaboración y en la confección de las distintas materias primas se pueden clasificar en función de su tamaño, su aplicación, el lugar

que ocupan en la cocina e incluso por el material con el que están fabricados (acero inoxidable, plásticos o madera, loza, cristal, etc.). El conocimiento de los mismos ha de ser adquirido mediante la formación, la experiencia, la práctica y la información continua de profesionales y proveedores sobre los nuevos útiles y tecnologías.

Se concluye en que todos los elementos utilizados en la cocina hospitalaria deben ser, entre otras características, fáciles de desinfectar y no tóxicos para así evitar la contaminación de alimentos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las múltiples formas, usos y aplicaciones de los útiles y maquinaria más comunes de la cocina del medio hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Identificar las funciones del pinche de cocina en este ámbito.
- Comprender la importancia del profesional auxiliar de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio se ha llevado cabo una revisión bibliográfica y publicaciones online de nutrición hospitalaria y además de búsqueda de información de textos en páginas web relacionadas relacionadas y palabras clave de Internet como PubMed y Scielo con el tema a desarrollar y se menciona en el apartado final de este estudio.

4 Resultados

Como principal función del pinche de cocina, es la de que el área de trabajo, utensilios y maquinaria se encuentren en orden y libres de microorganismos capaces de contaminar los alimentos que posteriormente consumirá el paciente.

También, cabe destacar, que el Pinche de Cocina es quien se encarga de la conservación de los productos, así se evitará que estos se echen a perder y puedan proliferar bacterias.

Los utensilios más utilizados los clasificaremos en:

Recipientes de cocción y recipientes Gastronorm, además de otras herramientas o complementos.

Además de todo lo mencionado, el Pinche de Cocina deberá ser extremadamente cuidadoso con respecto a la higiene y el contacto estrecho con los alimentos sanos y lo que por algún casual pudieran estar contaminados.

Se debe tener en cuenta, y debemos prestar especial atención, en que todo el instrumental que se utiliza en cocina cumpla con las normativas vigentes alimentarias. Dentro de estas características, podemos destacar:

Inalterables (no deben alterar ningún alimento) y deben ser de fácil mantenimiento y limpieza, así, se evitarán peligros tanto físicos, químicos o biológicos.

Dependiendo para que estén destinados las herramientas de cocinado podemos expresar diferentes ejemplos:

En aquellos elementos destinados a cocción serán más adecuados los que poseen una base plana y hechos con un material que conduzca mal el calor, así evitaremos problemas como el famoso "pegado", que se sufre por unas altas temperaturas en muy poco tiempo.

En cuchillos, por ejemplo, lo más recomendable, es que estén fabricados de materiales inalterables y los mangos o asideros deben ser ergonómicos, que no puedan hacer sufrir al pinche de cocina ningún tipo de daño, siempre deben ser cómodos para su utilización. También, deben ser de fácil higiene y limpieza.

Es evidente, que el pinche de cocina debe conocer a la perfección la manipulación y utilización de cada utensilio que se utiliza en la cocina.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina es el personal que más en contacto se encuentra con estos utensilios, ya sea para realizar cualquier tipo de corte, o para cualquier tipo de preparado.

Si el pinche de cocina no conociera todo procedimiento y material, así como sus diferentes usos, las consecuencias podrían ser varias y nunca serían beneficiosas, podríamos poner un ejemplo como el de pérdida de tiempo, o contaminaciones cruzadas, o incluso lesiones como cortes.

La función del pinche de cocina, es de vital importancia, así como todas las que les compete.

Gracias a sus conocimientos, competencias y técnicas se le asegura al paciente un plato de gran calidad.

6 Bibliografía

1. Garces m. curso de cocina profesional 1 y ed. paraninfo - Jesus Felipegallego y Ramon Peyrolon diccionario de hosteleria ed. paraninfo - Carme Pigas y Anna Vigata. técnicas de pastelería, panadería y conservación de alimentos ed. síntesis.
2. Izuriaga, B. (2018). Todo lo que tienes que saber para trabajar como ayudante de cocina.
3. Montaner, R. (2014). Cocina hospitalaria, el concepto de marcha adelante, organización equipamiento y distribución. Nuevas Tecnologías aplicadas a la Hostelería Hospitalaria. Ingeniería, 1-19.

Capítulo 378

EL CELADOR ANTE LOS PACIENTES AGITADOS Y EL USO DE LAS CONTENCIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

MONICA MERO CAMACHO

1 Introducción

La necesidad de contención mecánica de un paciente deriva del estado de agitación que ponga en peligro su integridad física y la de los que le rodean.

Por contención física o mecánica se entiende la utilización de mecanismos para restringir el movimiento de una parte del cuerpo o de su totalidad con el fin de evitar situaciones que pongan en situación de peligro al mismo paciente o a otras personas. Pero para el profesional de la salud, cuya intervención se basa en el respecto a la persona, a su salud y seguridad, intervienen aspectos legales y éticos que debe considerar.

Dependerá de los propios recursos de la persona para adaptarse en mayor o menor medida a la nueva situación. Todo ello puede muy bien ser un factor que

predisponga a presentar un cuadro de agitación. Factores ambientales como tiempos excesivos de espera y fallos burocráticos pueden desencadenar reacciones descomedidas en pacientes susceptibles. Para determinados pacientes como los ancianos o los que sufren algún tipo demencia, solo el cambio del entorno habitual puede provocar una pérdida de capacidad para desarrollar un pensamiento de forma clara y coherente.

La misma enfermedad y el ingreso hospitalario ya son razones suficientes para presentar cierto grado de estrés emocional.

Mantener una actitud de escucha solícita y abordaje verbal para intentar suplir las carencias puede ayudar a reponer el equilibrio perdido. En muchas ocasiones, mediante la eliminación de ciertos estímulos ambientales y conductuales, o facilitando la ejecución de respuestas compatibles con la agitación o alternativas (realizar alguna actividad física, llamar por teléfono) se pueden disminuir las posibles reacciones agresivas o violentas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar los diferentes tipos de agitación.

Objetivos secundarios:

- Conocer el papel del celador en la contención mecánica de pacientes agitados.
- Utilizar la revisión bibliográfica como herramienta de investigación.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador deberá actuar con empatía sin invadir el espacio íntimo del paciente, transmitiendo tranquilidad y evitando enfrentamientos.

El entorno de trabajo estará configurado de tal manera que existirá una vía de salida alternativa y libre.

Una agitación extrema puede ocasionar confusión, hiperactividad y hostilidad total. La agitación puede aparecer repentina o gradualmente, puede durar solo unos minutos, semanas o meses y se puede incrementar a causa de dolor, estrés y fiebre. Normalmente, por sí sola, puede no tener mucha trascendencia clínica, pero acompañada de otros síntomas puede dar pistas de un estado patológico. El control de la conducta permite disminuir los riesgos que conlleva su alteración pero también realizar una aproximación diagnóstica y psicopatológica.

La agitación psicomotora se divide según sean sus causas de aparición. La agitación orgánica o síndrome confusional agudo se produce por la acción de tóxicos o en el curso de enfermedades médicas, en el que el síntoma clave es la alteración del nivel de conciencia. Su instauración es aguda y el curso fluctuante, con empeoramiento nocturno. Pueden aparecer alucinaciones visuales e ideas delirantes. El paciente que presenta este tipo de agitación suele estar sudoroso, inquieto y presenta signos como fiebre, taquicardia, ataxia y taquipnea, entre otros. También se puede dar en personas con ciertos tipos de demencia con múltiples déficits cognitivos. Normalmente el paciente carece de antecedentes psiquiátricos aunque suele tener antecedentes médicos que actúan como factores predisponentes.

La agitación psiquiátrica corresponde básicamente a patologías como esquizofrenia, trastornos delirantes y psicóticos, en la fase maníaca del trastorno bipolar, y un seguido de trastornos no psicóticos como los provocados por ansiedad, por estrés postraumáticos y trastornos de personalidad, entre otros. La agitación mixta es una crisis secundaria al consumo de una o más sustancias psicótropas como alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cafeína, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; aún cuando hayan sido prescritas por el médico. Los trastornos mentales y de comportamiento derivados del consumo van desde la intoxicación no complicada hasta cuadros psicóticos y de demencia notorios.

Debemos dejar claro los límites y evitar actitudes que el paciente pueda considerar como provocaciones, hablando sin gritos, de forma sosegada dirigiéndose al paciente por su nombre, sin interrupciones, etc.

El papel del celador ante un paciente agitado tiene gran importancia. El celador deberá mantener la seguridad del paciente y del entorno. Deberá tomar distintas medidas de seguridad desde contención verbal hasta contención mecánica.

En caso de precisar contención mecánica, está deberá realizarse con no menos de 5 personas y siempre con prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que sabemos diferenciar entre las quemaduras de distinto grado, es importante conocer la afectación de la lesión, siendo la más grave la afectación de la dermis.

Las acciones fundamentales que debemos realizar son: tomas de constantes vitales, reposición hídrica, realización de limpieza exhaustiva de las quemaduras y así como la administración de analgesia. Es importante conocer edad, patologías del paciente.

La mayor parte de las complicaciones se ven en un “gran quemado”, así es como se les denomina a los individuos ingresados en un hospital o centro/unidad de quemados con las características a las que anteriormente citamos.

La piel es una barrera protectora, si se daña por algún agente lesivo hace que entren gérmenes llegando a desarrollar un shock séptico.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-medidas-contencion-paciente-agresivo/>.
2. https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/inmovilizacion_de_pacientes_y_sujecion_mecanica.pdf.

Capítulo 379

EL CELADOR Y LA MOVILIDAD DE PACIENTES ENCAMADOS EN PLANTA

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

MONICA MERO CAMACHO

1 Introducción

El celador es la figura principal encargada de realizar la movilización de los pacientes en el hospital y además el encargado de colocar al paciente en la posición adecuada bien sea para una intervención quirúrgica, para la realización una prueba, una exploración, un traslado o simplemente para realizar cambios

Las funciones del celador con respecto a la movilización de los pacientes vienen recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto Marco en el que se indica lo siguiente: “Ayudarán, asimismo, a la enfermera y ayudantes de planta, al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en sazón de sus dolencias”.

Para que una persona pueda relacionarse con el entorno es imprescindible tener la posibilidad y autonomía de moverse; la inmovilización afecta a la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria

Para poder realizar de forma correcta la movilización de pacientes encamados es fundamental que los celadores conozcan las diferentes posiciones anatómicas más utilizadas dentro del ámbito hospitalario.

Cada vez se hace más necesario mover y acomodar al paciente en la cama, de forma que se sienta confortable y cómodo. Mediante cambios posturales frecuentes y buenas posiciones se evitan, además, la producción de úlceras por presión y de decúbito (escaras). Las movilizaciones frecuentes mejoran el tono muscular, la respiración y la circulación.

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura

2 Objetivos

El objetivo de éste artículo es conocer las competencias técnicas requeridas por los celadores para su colaboración en la movilización de pacientes encamados y el traslado de la cama a la silla de ruedas o sillón.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador debe saber cuál es la importancia de la correcta movilización o inmovilización de los pacientes para su correcta recuperación y para impedir que aparezcan nuevas lesiones

Los cambios de postura en pacientes encamados tienen como finalidad:

- Evitar aparición de isquemias en los llamados puntos de presión
- Evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones.
- Prevenir aparición de úlceras por presión
- Proporcionar comodidad al paciente, entre otras.

Para ello el celador debe prestar especial atención a una serie de detalles como son: que las sábanas estén limpias secas y bien estiradas, que las zonas de mayor presión estén protegidas, y que las piernas estén bien estiradas y los pies formen un ángulo recto con el plano de la cama.

Para realizar los cambios posturales nos ayudaremos de los siguientes materiales: almohadas y cojines, férulas, ropa limpia para cambiar la cama, y protectores de protuberancias si fueran necesarios entre otras.

Hablamos de cambios posturales cuando nos referimos a las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado para evitar patologías derivadas de la inmovilidad.

El enfermo nunca deberá de estar en la misma postura por más de 3 horas, colocándolo sucesivamente en decúbito supino, lateral derecho e izquierdo y prono, tanto por el día como por la noche. Si la presión es mayor (posición sentado donde se descarga todo el peso en una sola zona) los cambios se tratan cada 15 o 30 minutos. Y siempre que la enfermedad lo permita se recomendara al paciente que camine o cambie de posición frecuentemente en la cama.

Para realizar las correctamente los cambios posturales y el transporte de personas por los celadores debemos fijar especial atención en unas reglas básicas entre las que estarían: Proporcionar una base amplia de apoyo, manteniendo los pies separados. Haciendo el máximo uso del centro de gravedad sosteniendo el peso lo más cercano al cuerpo posible. Proteger la espalda (no doblarla de forma incorrecto) Pedir ayuda o usar un medio mecánico, colocar el pie correctamente hacia donde se vaya a realizar el giro, etc.

Las movilizaciones de pacientes la podemos definir como el desarrollo de un programa de ejercicios encaminados a conseguir el restablecimiento de las funciones disminuidas por la enfermedad y la podríamos dividir en dos tipos:

- Activa: Las realiza el propio paciente bajo la supervisión de un profesional.
- Pasiva: Son realizadas por distintos segmentos corporales del paciente por fisioterapeutas. Se trata de pacientes que por su incapacidad o por indicación médica no pueden realizar el esfuerzo que requiere dichos ejercicios.

Las diferentes posiciones de movilización del paciente encamado son: a) Si el paciente no colabora:

1. Desplazamiento del paciente hacia la cabecera de la cama

Serán necesarias dos personas, una a cada lado de la cama.

Movilización sin sábana: retirar la sábana superior y la almohada. Explicar al paciente el movimiento a realizar. Paciente en decúbito supino con los brazos colocados sobre el tórax. Colocar el brazo más cercano de los fisioterapeutas bajo la espalda del paciente y el otro bajo los glúteos. Elevar y desplazar hacia la cabecera

de la cama. Recolocar la cama y no dejar arrugas.

Movilización con sábana: retirar la sábana superior y la almohada. Explicar al paciente el movimiento a realizar. Paciente en decúbito supino con los brazos colocados sobre el tórax. La terna abarcará desde la cabeza hasta los muslos del paciente. Sujetarla muy próxima a su cuerpo, tensarla para evitar pliegues. Elevar y desplazar al paciente hacia la cabecera.

2. Desplazamiento hacia el borde de la cama

Realizado por una persona, situada en el lado de la cama hacia el que se va a desplazar a la persona. Retirar la sábana superior y la almohada. Explicar al paciente el movimiento a realizar. Paciente en decúbito supino con los brazos colocados sobre el tórax. El desplazamiento se realiza en tres tiempos.

- Parte superior, pasar un brazo bajo cabeza y cuello hasta el hombro más alejado, el otro brazo bajo la espalda, elevar y desplazar suavemente hacia el borde.
- Parte media, pasar un brazo bajo la región lumbar y otro bajo los muslos, elevar y desplazar suavemente.
- Parte inferior, acercar el resto de las piernas al borde de la cama.

Realizado por dos personas, colocadas en el lado de la cama hacia el que van a desplazar al paciente.

Movilización sin sábana: retirar la sábana superior y la almohada. Explicar al paciente el movimiento a realizar. Paciente en decúbito supino con los brazos colocados sobre el tórax. La persona que está en la cabecera del paciente colocará un brazo bajo la cabeza y cuello hasta sujetar el hombro más alejado del paciente, el otro brazo bajo el tórax. La otra persona pasará un brazo bajo la pelvis y el otro bajo los muslos. Elevar y desplazar al paciente hacia el borde.

Movilización con sábana: retirar la sábana superior y la almohada. Explicar al paciente el movimiento a realizar. Paciente en decúbito supino con los brazos colocados sobre el tórax. La terna abarcará desde la cabeza a los muslos del paciente. Sujetarla muy próxima a su cuerpo, tensarla para evitar pliegues.

Levantar y desplazar al paciente hacia el borde. Recolocar la cama y el paciente.

3. Decúbitos laterales

Realizado por una sola persona. Previamente el paciente ha sido movilizado, como ya se ha indicado anteriormente, al lado de la cama contrario al decúbito deseado para que al girarlo quede en el centro de la cama.

Situarse en el lado de la cama hacia el que se va a voltear al paciente. Colocar el brazo contrario al giro sobre el tórax del paciente, extender el brazo hacia el que se girará. La pierna hacia dónde se va a girar se mantendrá extendida y la otra flexionada. Colocar las manos sobre el hombro y cadera más alejados. Voltear hacia el cuidador.

5 Discusión-Conclusión

La movilización diaria de un paciente encamado debe hacerse conociendo la técnica. De no hacerlo correctamente hay riesgo de sobreesfuerzo y de lesión para las personas cuidadoras.

La movilización de pacientes encamados debe llevarse a cabo siguiendo unas normas para evitar riesgos y favorecer la comodidad del paciente, por eso es fundamental que el celador conozca unas nociones de mecánica corporal, reconociendo las posiciones anatómicas y las técnicas adecuadas para levantar, sentar y mover al paciente. La movilización no sólo es empleada para el traslado o cambio postural del paciente, también para ser sometidos a exploraciones, pruebas complementarias, técnicas o incluso intervenciones quirúrgicas.

Cambiar de posición a un paciente en la cama cada 2 ó 3 horas ayuda a mantener la sangre circulando. Esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras y úlceras

6 Bibliografía

1. Aguilar Casas M. Movilización del paciente. Vértice; 2011.
2. Mazeres Ferre O. Como se moviliza a un paciente encamado. FMC Formación. Médica Continuada en Atención Primaria. Elsevier; 2004. p.121-123.
3. Caballero Oliver, Antonio. Actuación del celador en el traslado y movilización del paciente. Editorial Mad, SL Sevilla.
4. Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.
5. Gayubo Bartolomé, M. (2014). Movilización del enfermo, repercusión en el personal sanitario. Revisión bibliográfica.

Capítulo 380

PACIENTES PALIATIVOS Y LOS CUIDADOS DEL CELADOR

LUIS ALBERTO FERNÁNDEZ PEÑA

MARÍA CONCEPCIÓN ROPERO RAMÍREZ

JOSEFA SEGOVIA HARO

DESIDERIO GÓMEZ VELASCO

MONICA MERO CAMACHO

1 Introducción

Los cuidados paliativos son cuidados que ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando las personas se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida.

Definición de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos: "Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan ante cualquier circunstancia. Se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte"

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los cuidados paliativos como: "el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento con intención curativa. Siendo de vital importancia el control del dolor en este

tipo de pacientes, así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales”. El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, proporcionando una asistencia sanitaria integral, es decir, abarcando no solo el aspecto físico de los cuidados. Para ello es importante que todos los profesionales sanitarios que están en contacto con el paciente actúen de manera coordinada.

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.

Los cuidados paliativos se les pueden ofrecer a personas con enfermedades tales como: Cáncer, Enfermedad cardíaca, Enfermedades pulmonares, Insuficiencia renal, Demencia, VIH/Sida, ELA (esclerosis lateral amiotrófica).

2 Objetivos

En este artículo se pretende analizar la actuación del celador ante el paciente terminal y determinar la función de los celadores durante los cuidados paliativos a un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar, como el de su familia

Los cuidados paliativos normalmente se aplican a pacientes con enfermedades terminales que se encuentran fuera de un tratamiento médico o en enfermedades muy graves que cursan con tratamientos que prolongan la vida.

Las características de los cuidados paliativos se pueden resumir: Asegurar la vida, pero igualmente aceptar la muerte como algo inevitable y por tanto no tratar de acelerarla ni de posponerla, aliviar el dolor y ofrecer un importante sistema de apoyo tanto para el paciente como para su familia.

El objetivo principal de los cuidados paliativos es acompañar al paciente y a su familia durante todo el proceso.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) fue creada en el año 1982 con el objetivo de garantizar este tipo de asistencia sanitaria en nuestro país, además de fomentar la investigación y el aprendizaje de los profesionales sanitarios en este campo.

Cuando un enfermo se encuentra en fase terminal el objetivo de su atención no es la curación, sino el cuidado físico y psicológico para llevar lo mejor posible el tiempo que le quede.

Los cuidados paliativos requieren de trabajo en equipo por parte del personal médico y el celador es el encargado de proporcionar los cuidados de confort para el paciente terminal.

La sociedad española de cuidados paliativos define paciente terminal cuando se encuentra en una enfermedad avanzada, incurable y progresiva con falta de posibilidades razonables de respuestas al tratamiento específico, cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses. Criterios que definen esta fase:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Supone un enorme impacto emocional en el paciente y familia derivado del dolor y del proceso de muerte.
- Minimiza o anula la posibilidad de respuesta al tratamiento, es específico para la patología base.
- Presencia de síntomas o problemas intensos, multifactoriales y cambiantes: incontinencia, anuria y retención, anorexia, enfermedades e infecciones en la boca, náuseas y vómitos, etc.

El papel del celador ante el paciente terminal es importante, debe proporcionar los cuidados paliativos de confort al paciente y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo.

- El comportamiento del celador deberá ir enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, proporcionándole una atención continua e individualizada, fomentando la dignidad del paciente, manteniendo una higiene diaria y continua.
- El celador debería de ser empático y colaborador con el paciente y a su vez ser cauteloso con los familiares y prudente en sus comentarios.
- Son funciones suyas entre otras: Vigilar constantemente al enfermo, mantener al paciente limpio y cómodo, controlar sus constantes vitales, hacerle compañía,

suministrarle líquidos lenta y cuidadosamente, darle la ayuda psicológica que precise, tanto a él como a sus familiares.

Los celadores han de tener en cuenta no sólo la comunicación verbal, también la no verbal. El celador tiene que ser correcto y paciente en todo momento con su actitud. Deberá ser respetuoso, empático y colaborador en todo momento. Sus cuidados y actitud han de ser óptimos y cautelosos ante una situación tan delicada como la de un enfermo terminal.

Algunos de sus cometidos más frecuentes son los siguientes:

- Vigilar de manera constante al enfermo.
- Mantener al paciente siempre limpio y cómodo.
- Hacer constantes controles de la piel y constantes vitales.
- Acompañar al enfermo hasta su último aliento.
- Evitar que se sienta solo.
- Si se da el caso, ha de buscar sus posturas óptimas para evitar el dolor.
- Ha de mantener la ropa de cama limpia, seca y estirada.
- Suministrarle líquidos lenta y cuidadosamente.
- Buscar siempre el reposo y descanso del paciente.
- El resto de pacientes han de estar al margen de su situación.
- Darle toda la ayuda psicológica que precise, tanto como a él como a sus familiares.

Atención a la familia

La familia también sufre la situación del familiar enfermo y siempre se les debe tratar cordialmente y con gran respeto. Un celador siempre debe atender cualquier petición de la familia para ayudarles.

Actuación del celador ante el paciente fallecido:

Cuando se produce la muerte, lo primero que debe de hacer un celador es ponerse en contacto con el médico para comunicárselo. Éste comprobará la situación, confirmará la muerte de ser así y rellenará el parte de defunción del fallecido.

Posteriormente, si se realiza una autopsia el celador colaborará en el traslado del cadáver al igual que durante la autopsia deberá auxiliar al personal facultativo en el manejo del cadáver. Siempre ha de estar dispuesto a ayudar en todo lo que el médico le indique antes, durante y después de la autopsia.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir diciendo que la función del celador respecto a estos pacientes es la de dar la atención adecuada al enfermo, que le lleve a tener la mejor calidad de vida posible y que le permita llegar al desenlace final de su vida en una

situación de comprensión y ayuda, respondiendo profesionalmente a sus necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales, dando prioridad a los objetivos del enfermo. El celador debe acompañar e intentar mejorar la calidad de vida durante el tiempo que sea posible, proporcionando los cuidados de confort para el paciente terminal. A su vez, el celador atenderá cualquier petición de la familia para ayudarles.

6 Bibliografía

1. Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.
2. Biblioteca nacional de medicina de EE. UU.
3. Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.
4. Avances en cuidados paliativos 2003. Altisent, R. y Delgado, T. Marcos Gómez Sancho.
5. Revista médica.com.
6. Enciclopedia médica MedlilePlus.com.
7. Essaformación.com.

Capítulo 381

EL CELADOR EN LABORATORIO

GELDA VILLAMOR AGUADO

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

JAIME ORTIZ MARTIN

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

GONZALO RUBIO ARAQUE

1 Introducción

El Estatuto Marco, tras la Ley de 55/2003, de 16 de Diciembre, que se encuentra en la Constitución Española, regula las funciones del celador, y en las que encontramos dentro de estas funciones la del celador en laboratorio, entre otras muchas.

El laboratorio clínico y biomédico es un lugar formado por un equipo multidisciplinar, donde cada uno realiza unas funciones diferentes, pero con un fin común. Se trata, de un trabajo en equipo. Podemos encontrar un médico patólogo clínico o analista clínico, profesionales del laboratorio, técnicos en análisis clínicos y celadores.

La función principal de estos laboratorios son el diagnóstico de patologías, mediante ciertos procedimientos, y mediante la extracción de muestras biológicas humanas, que son obtenidas por otras unidades como por ejemplo, las citologías que son recogidas por el personal de ginecología, normalmente, por un ginecólogo o ginecóloga y que posteriormente, son mandadas a estas unidades especializadas.

Pero no solo se analizan muestras biológicas que deben extraerse del interior del cuerpo humano como la sangre, sino también, aquellos fluidos que no necesitan de una técnica invasiva para su recolección como por ejemplo, la muestra de heces, orina, esputos, etc.

Una vez, introducidos, y con una breve introducción de lo que son los laboratorios de un hospital, nos centraremos en el celador y sus funciones en él.

El celador no es quien analiza, pero si tiene un gran cometido y diversas funciones dentro del laboratorio. Las funciones del celador son muy diversas, y dependiendo del área en el que se encuentre, tiene como funciones principales unas u otras.

Pero, ¿Cómo llega todo esto a laboratorio? ¿Y cómo nos aseguramos de que no hay ningún tipo de confusión con las muestras?

Todo, es gracias al celador, ya que se encarga de que las muestras lleguen en perfectas condiciones, con las medidas ambientales necesarias y con su identificación correcta.

2 Objetivos

- Garantizar la llegada y manipulación correcta de las muestras al laboratorio.
 - Conocer el protocolo de actuación que sigue el celador de laboratorio.
- Identificar la importancia del celador en este servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El celador deberá realizar el relevo con los compañeros que han estado en el turno anterior, esto dependerá de cada hospital. En el relevo, se pondrán en común, todas las tareas que deben completarse y se intercambiarán los buscas, este artilugio siempre deberá ser portado por el celador, por si fuera necesaria su presencia en cualquier momento.

- Una vez que el celador, ha recogido el parte, deberá recoger todas las muestras que hayan quedado pendientes para posteriormente acercarlas a anatomía patológica y que puedan proceder a su análisis.
 - También, deberán tener controlado la existencia de gradillas (donde se transportan las muestras sanguíneas), así, siempre se asegurará su subsistencia.
 - Las muestras contaminadas, deben transportarse de una manera segura y con cuidado de no producir ningún tipo de contaminación.
 - Así, igual, las muestras que precisan de unas condiciones especiales, deben transportarse mediante las condiciones que aseguran la perfecta llegada de estas a los distintos laboratorios donde se realizan los análisis.
 - El contacto con el paciente, para el celador, nunca está exento, es posible, que sea llamado para la realización de extracciones de muestras que requieran ayuda en cuanto a las sujeción o movilización.
 - Las extracciones que tienen lugar en el quirófano, se suelen tratar como urgentes, así que el celador deberá priorizar.
 - En muchas ocasiones, existen extracciones sanguíneas que requieren una importante rapidez, ya sea por una operación no prevista y que requiera una urgencia, o incluso, donaciones inmediatas.
 - Las endoscopias, suelen recogerse al final de día, donde debemos tener en cuenta su recogida.
 - El celador, debe estar disponible para cada incidencia que se le necesite.
- Cabe destacar, que en cada hospital, pueden variar el orden de funciones, e incluso pueden existir más cometidos o menos, pero en resumen y como punto de referencia, podemos destacar todas estas funciones que corren a cargo del celador.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una figura indispensable en el medio hospitalario, ya que es necesario en cualquier de los servicios, ya no solo destinado al paciente, sino, al trabajo en equipo.

Si el celador no realizara correctamente dichas funciones recalculadas anteriormente, podrían producirse confusiones y pérdidas de muestras que incidirían directamente en el paciente, y como de forma indirecta en los costes económicos y en modo de equipo.

El celador que realiza estas funciones debe siempre prestarse concentrado, la rapidez y la buena comunicación que emplee es de vital importancia.

El cumplimiento de tiempos exigidos, debe cumplirse siempre, ya que laboratorio, siempre tiene un volumen importante de trabajo, si el celador se retrasa, se retrasan todos.

Por todo esto, el celador, y sus funciones deben encontrarse en cada servicio. Y no puede ser dispensable.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 382

EL PINCHE DE COCINA Y LA CONTAMINACIÓN CRUZADA

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

1 Introducción

La contaminación cruzada es el proceso mediante el cual los alimentos entran en contacto con otros que están cocinados o no y que terminan por contaminarse como resultado del intercambio de sustancias ajenas, es vehiculado a un alimento elaborado a través de los manipuladores que actúan directamente sobre alimentos crudos, superficies y útiles.

Los alimentos crudos pueden contener agentes biológicos como son las bacterias, los virus o parásitos, agentes químicos como plaguicidas, estrógenos, mercurio, etc. y/o físicos. En las cocinas que no cuentan con separación entre la zona sucia y la zona limpia, se favorece que los microorganismos patógenos entren en contacto con los alimentos elaborados.

La contaminación cruzada es una de las grandes preocupaciones de los profesionales y pacientes de hospitales o centros médicos en general, pues supone la principal causa de infecciones nosocomiales, “las infecciones contraídas por un

paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso” según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La transmisión de infecciones puede darse por el contacto con la piel, por vía aérea, al dispersarse los microorganismos por medio de pequeñas gotitas que pueden permanecer en el aire por largos períodos de tiempo, incluso por vía sanguínea.

2 Objetivos

Analizar e identificar los posibles casos en los que se pueda dar contaminación cruzada dentro de una cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave “contaminación cruzada”.

4 Resultados

La contaminación cruzada es un proceso mediante el cual un agente patógeno tanto si es biológico-físico o químico, es vehiculado a un alimento elaborado a través de los manipuladores que actúan directamente sobre alimentos crudos, las superficies y útiles.

Los alimentos crudos suelen contener agentes biológicos como son bacterias, virus, parásitos, agentes químicos como son plaguicidas, estrógenos, mercurio, etc. y/o físicos (raramente). En las cocinas que no cuentan con una separación entre zona sucia y zona limpia, unida a las malas prácticas de higiene personal, de fabricación y de manipulación, ayuda a favorecer que los microorganismos patógenos entren en contacto con los alimentos elaborados.

Aunque en la mayoría de las cocinas hospitalarias existe esta separación física y real, es necesario tener en cuenta la contaminación cruzada que se puede producir sobre todo debido a las malas prácticas de manipulación.

Una mala formación de los trabajadores hace que se desempeñen funciones en la cocina hospitalaria que pueden producir malas prácticas que afectan de man-

era directa al paciente. Al no existir obligación legal de establecer una formación continuada se producen numerosas carencias teóricas y estas no pueden ser resueltas en el momento en que los trabajadores ya se encuentran desempeñando labores de manipulación y transformación en las cocinas de colectividades hospitalarias. Es cierto que en los servicios de catering y restauración ofrecidos por las Administraciones Públicas y Sistemas de Salud no se exige este tipo de formación continuada así como en las normativas legales de las distintas administraciones. Además se observan deficiencias en las delimitaciones de las distintas zonas de producción en varios centros hospitalarios o derivados, además de la no utilización de un sistema de separación de útiles en función del tipo de alimentos como son :crudos, carnes, pescados, etc.

5 Discusión-Conclusión

La continua formación del personal de cocina en esta materia es necesaria para prevenir males mayores y posibles enfermedades en los pacientes que permanecen ingresados.

Para evitar este tipo de contaminación cruzada, entre otras cosas el cocinero o personal de cocina deberá tener presente qué zonas de riesgo debe controlar, entre otras: almacenes a temperatura ambiente de productos en general, las cámaras frigoríficas de productos crudos, aseos y vestuarios, la zona de preparación de materias primas en crudo, la zona de lavado de platos, la zona de almacenamiento de contenedores de basura, zona de almacenamiento de utensilios y los productos de limpieza.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://www.ganiveteriaroca.com/blog/la-contaminacion-cruzada-la-cocina/>.

Capítulo 383

FUNCIONES BASICAS DEL PINCHE DE COCINA EN UNA COCINA HOSPITALARIA

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

1 Introducción

Los Pinches, también denominados Ayudantes / Auxiliares de Cocina, se clasifica dentro del grupo de personal subalterno en la Escala de Servicios junto a los fogoneros, planchadoras, lavanderas y limpiadoras. Los pinches Son el personal funcionario que sirve de apoyo en la elaboración y preparación de los platos de cocina para los enfermos. Un Pinche trabaja bajo la supervisión de cocinero. Sin la función, dedicación y profesionalidad del pinche de cocina no se podría llevar a cabo el trabajo diario que se realiza en una gran cocina de los hospitales españoles, ya que de sus cocinas salen una gran cantidad de menús diarios para pacientes que en la mayoría de los casos tienen su cuerpo debilitado debido a diversas patologías y necesitan una dieta especial para la recuperación o mantenimiento de su salud.

En una cocina hospitalaria se existen diferentes funciones que tendrá que realizar un pinche de cocina a lo largo de su jornada laboral, dichas funciones se encuentran principalmente en el Estatuto de Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

El trabajo desarrollado por los pinches en cocina en muchas ocasiones es frenético, se realizan varias funciones a lo largo de la jornada y se tienen que compenetrar a la perfección con dietistas, jefes de cocina y limpiadores.

2 Objetivos

Describir las principales funciones de un pinche (ayudante de servicios) en cocina así como saber qué profesionales trabajan en cocina.

3 Metodología

Para la elaboración de 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.

4 Resultados

El pinche de cocina tiene varias tareas y funciones, entre las que destacan las siguientes:

- Preparación de los cubiertos y servilletas que utilizará el paciente para la ingesta de comida y se añaden a la bandeja.
- Preparación de los Túrmix y papillas.
- Preparación de frutas y verduras de las ensaladas, lavado y cortado.
- Cantar la comanda de las dietas servidas al inicio de la cinta de emplatado.
- Limpieza de fogones, planchas, hornos, freidoras y túneles de lavado.
- Manipulación básica de pescado y carnes de los productos, acondicionándolos para que el cocinero pueda posteriormente elaborar los menús rápidamente.
- Emplatado de los alimentos en la cinta para ser distribuidos en todas las plantas.
- Distribución de la comida a las diversas plantas del hospital.
- Loncheado de fiambres y quesos.
- Desmontar las bandejas procedentes de planta y meterlas al túnel de lavado.

En una cocina de un hospital trabajan varios profesionales con diversas funciones, con el fin de que se realicen las tareas diarias con la máxima calidad y seguridad alimentaria.

Entre otros profesionales destacan los siguientes:

- Cocineros: como funciones importantes se encargarán de la condimentación de los alimentos, respetando los menús que se le faciliten. Realizarán la elaboración de los diferentes menús que hay que preparar, prestando atención a las dietas especiales y necesidades básicas de los pacientes que tengan alergias alimentarias o patologías que requieran una dieta especial.
- Gobernanta: es la encargada del servicio de la despensa y entregan a la cocina los alimentos necesarios, también dirigirán la cocina cuidando que se realice el horario laboral, vigilando el buen orden y limpieza de la misma.
- Dietista: se encarga de realizar y programar las dietas y supervisar que las comidas que se sirven en la cinta de emplatado estén todas correctas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el pinche de cocina realice su trabajo con profesionalidad y actitud, ya que de su labor depende de que las comidas lleguen en un estado óptimo de consumo al paciente en planta.

Las tareas y funciones que se han descrito son de diferente dificultad, es importante por parte de los encargados que la rotación sea equilibrada y justa, tratando de no sobrecargar a ciertos pinches con mayor destreza y también evitando la realización de las mismas tareas produciendo desmotivación.

Por otra parte también consideramos que es importante la revisión de los equipamientos de cocina, detectando equipamiento en mal estado que puedan sobre cargar el trabajo de un pinche o producir un accidente.

6 Bibliografía

1. <https://blog.editorialcep.com/sanidad/funciones-pinche/>.
2. <https://es.scribd.com/document/43660317/Distribucion-Del-Trabajo-en-La-Cocina-Del-Hospital>.
3. www.scielo.org.

Capítulo 384

EL PINCHE DE COCINA Y LOS PUNTOS DE CONTROL CRITICOS

ANTONIO IGUAL FERNANDEZ

FRANCISCA FERNANDEZ SANTIAGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

ALICIA MORENO PÉREZ

BEATRIZ VILLANUEVA GOMEZ

1 Introducción

La globalización ha tenido como consecuencia la homogeneización de productos y estilos alimenticios, por lo general, menos saludables, de menor calidad y poco sostenibles. En respuesta a esta situación y a las diversas crisis sanitarias en la industria agroalimentaria europea, la sociedad reclama alimentos cada vez más saludables, seguros e inocuos, así como éticos y sostenibles.

La cocina hospitalaria no solo no debe ser ajena a este hecho, sino que debe ser la punta de lanza en cuanto a la certificación de sus sistemas de calidad y seguridad alimentaria. Trazabilidad, seguridad, calidad, control de puntos críticos; todos son conceptos que pinches y cocineros deben controlar y tener siempre en mente como parte esencial de dichos sistemas.

Para la correcta implantación de un plan de análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC) es necesario disponer de unas bases sólidas en la cocina

hospitalaria y los prerequisites en los que cimentar el plan, sin cuyo cumplimiento sería inviable. El Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) es un sistema de autocontrol que contiene una serie de medidas preventivas encaminadas a garantizar la seguridad de los alimentos evitando riesgos para el consumidor.

Ya que los pacientes hospitalizados son vulnerables al contagio es necesario un control exhaustivo en las cocinas.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento para desarrollar un análisis de peligros y puntos de control críticos para la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave “puntos críticos en cocinas hospitalarias”.

4 Resultados

Para realizar un plan de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos deben seguirse siete principios mencionados en el Codex Alimentarius, el esquema general de los recesos del plan es el siguiente:

- Analizar y detectar los potenciales peligros presentes en las materias primas analizando toda la cadena de producción y evitarlos o reducirlos a niveles aceptables.
- Detectar los puntos de control crítico en la fase o fases en la que se puede actuar para evitar, eliminar o reducir a niveles aceptables. Por ejemplo un tratamiento térmico concreto para la prevención del anisakis.
- Establecer límites críticos, mediante un valor máximo o mínimo a que un parámetro físico, químico o biológico tiene que estar controlado para intervenir o reducir hasta nivel aceptable. En este caso, suelen estar determinados por la legislación.
- Establecer y aplicar una secuencia planificada de vigilancia de los puntos de control.

- Fijar medidas correctivas si en la fase de vigilancia se detectan puntos de control descontrolados.
- Elaborar un calendario de verificaciones para controlar que las medidas implantadas son eficaces.
- Diseñar documentos y registros en donde se plasmen las medidas implantada como un registro de temperaturas de las cámaras frigoríficas o control de limpieza y desinfección.

Los alimentos pasan por varias etapas dentro de la cocina hospitalaria, como son: recepción, almacenamiento a temperatura ambiente, congelación y refrigeración, preparación y elaboración. En el análisis de peligros puede haber peligros físicos como pueden ser las malas prácticas de higiene de los manipuladores de alimentos, mala limpieza de los vehículos en que son transportados los alimentos, mala limpieza del almacén y de las mesas de manipulación o también de los útiles de trabajo.

Siguiendo las pautas del Codex Alimentarius se han definido cinco puntos de control crítico:

- PCC1 Recepción.
- PCC2 Almacenamiento.
- PCC3 Elaboración.
- PCC4 Mantenimiento en frío.
- PCC5 Mantenimiento en caliente

5 Discusión-Conclusión

El control de trazabilidad de las materias primas es un claro ejemplo de la necesidad de disponer información de todas las fases que recorren los alimentos desde el origen hasta que los servimos en la mesa. Estos sistemas han demostrado su eficacia, por ejemplo, a la hora de localizar lotes contaminados y proceder a la retirada del mercado.

Se desarrolla una medida preventiva, una correctora, un sistema de vigilancia y registro para cada punto de control crítico, así evitaremos las enfermedades e intoxicaciones alimentarias. Las temperaturas se vigilarán con un termómetro sonda sobre todo en aquellos alimentos que son de alto riesgo como son la carne, pescado y pollo quedando anotado en el libro de registros.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. Pubmed.
3. <https://hospitecna.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.
4. <http://www areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/5/calidadcocina.pdf>.
5. <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/63795/TRABAJO%20MASTER-4-09-2015.pdf>.

Capítulo 385

NOCIONES SOBRE GASES MEDICINALES

VICTOR RODRIGUEZ HEVIA

1 Introducción

En la actualidad, el uso de los gases medicinales va en aumento, tanto en el ámbito hospitalario, farmacéutico y sanitario en general como en el ámbito domiciliario. Hablar de gases medicinales es hablar de medicamentos especiales ya que así están clasificados.

Por gas medicinal entendemos cualquier producto compuesto por uno o más componentes de tipo gaseoso y cuya finalidad sea el contacto directo con el organismo humano.

El uso de gases es para la atención médica en multitud de unidades de un hospital. Y es por ello que su uso, suministro y administración y debe ser eficaz, eficiente y seguro.

Conocer los tipos de gases más comunes, comprender la función de cada uno, y mantener los sistemas optimizados, es tarea ineludible para hospital y el personal médico.

Es un servicio vital y prioritario, pues un hospital no podría funcionar sin él. Los gases precisan de diferentes formas de almacenamiento y distribución para su posterior utilización, ya sea mediante botellería portátil, baterías aisladas, depósitos criogénicos, auto-producción para uso médico.

Es preciso saber que la central de producción y almacenamiento de los gases son propiedad del proveedor de gases, lo que tiene importantes repercusiones en las responsabilidades y el mantenimiento además de que este no puede especular o reducir el consumo para un menor gasto.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber las normas para el uso de recipientes de gas a presión.

Objetivos secundarios:

- Comprender las instalaciones de gases medicinales.
- Conocer los principales gases que se utilizan en los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se ha comenzado por buscar contenidos sobre los gases medicinales a través de diferentes paginas de Internet para poder así encontrar la información necesaria que una vez recopilada y analizada permitiera la elaboración de este trabajo.

4 Resultados

Normas para el uso de recipientes de gas a presión:

1. Realizar una evaluación de riesgos y disponer de las instrucciones de operación.
2. Antes de manipular los recipientes de gas a presión, se el personal debe ser instruido.
3. No tirar y asegurar siempre los recipientes de gas presurizado para evitar que se vuelquen.
4. Transportar sólo con la protección de la válvula adecuada, protegida contra el deslizamiento o el rodaje.
5. Proteger los recipientes de gas a presión contra el calentamiento peligroso (< 50 °C), evitar el calentamiento puntual por llama o radiador.
6. No rellenar el gas en otros recipientes de gas presurizados, evitar el reflujo.
7. Las etiquetas no deben quitarse o dañarse.
8. Las válvulas de las botellas y los reguladores de presión deben mantenerse libres de aceites y grasas. Operar en los sistemas de suministro de gas sólo manualmente. Cuando no se utilice una botella, cerrar la válvula.
9. Retirar el gas sólo mediante el regulador de presión apropiado, antes de conectar el sello de control
10. No usar recipientes de gas a presión dañados, en caso de que estarlo han de etiquetarse e informar al proveedor.

Las instalaciones de gases medicinales:

Detrás de las tomas de gases medicinales, se esconde una compleja instalación con ciertas particularidades, que la diferencian de las otras muchas que existen en estos edificios. Aunque no existan dos instalaciones iguales, por lo general, cumplen los siguientes puntos:

1. La central almacenamiento y de producción es propiedad del proveedor de gases.

Casi la totalidad de centrales de gases en los hospitales son titularidad de los proveedores de estos productos, y es precisamente la empresa suministradora es la responsable de su legalización, seguridad, manipulación y mantenimiento. Este hecho, condiciona en gran medida tanto los contratos de suministro como los de mantenimiento, pero también repercute a su vez en las responsabilidades sobre dicha instalación.

2. Los gases son considerados un medicamento.

La legislación vigente regula estos productos como medicamento. Esta es una particularidad prácticamente única en una instalación sanitaria. De todas las instalaciones técnicas de un centro Hospitalario, ninguna otra transporta por su interior un fluido considerado como medicamento, y por tanto, reparte las responsabilidades de su buen funcionamiento en varias áreas, por un lado al Departamento de Farmacia y por otro, a los departamentos de mantenimiento y gestión de las infraestructuras. Ello obliga a una buena coordinación entre dichos departamentos de modo que siempre esté garantizado el servicio y supervisado de forma idónea.

3. El gestor no puede actuar sobre su consumo.

La fuerte crisis económica global y concretamente la parte que afecta al sector sanitario ya que al ser uno de los principales gastos públicos, ha forzado a los gestores de mantenimiento a tener que tomar medidas para ahorrar al máximo en el consumo de sus suministros (el agua, la electricidad, el gas natural, etc.). Pero en el caso excepcional de los gases medicinales, no es posible actuar para disminuir su consumo. Dejando de lado el control de fugas existentes, las necesidades de consumo van ligadas directamente a la actividad sanitaria y no dependen en absoluto de una buena o mala gestión.

4. Requiere diversos servicios asociados:

Los gases medicinales no son un suministro que se entrega a la puerta del almacén y ahí nos olvidamos de ellos. Normalmente, llevan asociados diversos servicios que dependen de los recursos e infraestructuras de cada hospital: servicio de reparto de botellas, trazabilidad, etc. son necesarios para completar el servicio y habitualmente complementan los contratos del suministro, por lo que cada centro acaba disponiendo de un contrato “a la carta” adaptado a sus necesidades

reales.

5. Entorno normativo complejo:

Desde la propia normativa reguladora del medicamento hasta todas aquellas normativas que rigen las instalaciones del sistema de suministro de gases (aparatos a presión, canalizaciones, elementos de seguridad, manipulación, riesgos laborales, etc.), exigen su estado al día, para poder gestionar un equipamiento de este tipo.

6. Servicio prioritario:

De entre todos los servicios de un hospital, solamente algunos pocos son vitales para la asistencia ininterrumpida de los pacientes, El Servicio de gases medicinales es uno de ellos.

7. Diferentes sistemas:

Una misma instalación de un centro sanitario, esta formada por diferentes sistemas de almacenamiento y distribución de gases: botellería portátil, baterías de botellas aisladas, depósitos criogénicos y hasta auto-producción de aire para uso médico.

Como en el resto de las instalaciones, el gestor de mantenimiento debe centrarse en evitar los posibles problemas que la instalación le pueda sufrir y conseguir un equilibrio entre los costes producidos por ello y la calidad y seguridad de los servicios contratados descienda.

Como ya se ha indicado no se puede incidir sobre el consumo para optimizar costes. Los precios unitarios de proveedores y la competencia en este mercado son las únicas variables con las que podremos jugar, más allá de ello, sólo se puede optimizar con buena gestión de las instalaciones y sus diferentes servicios.

Un buen diseño en la instalación es básico para evitar problemas en un futuro. En la fase de ingeniería, es conveniente predecir todo aquello que pueda evitar problemas graves a posteriori. Realizando canalizaciones con trazados ordenados y de fácil acceso, circuitos dobles a tomas en locales críticos como los quirófanos o urgencias, disponer de suministro auxiliar en caso de fallo de la central de gases mediante baterías de botellas, disponer de espacios para almacenamiento adecuados, etc. son cuestiones a tener muy presentes. Es necesario tener en cuenta que las instalaciones son muy extensas normalmente en cuanto a recorridos y que frecuentemente se instalan muchas tomas en lugares que no se usarán normalmente pero que pueden llegar a ser necesarias en un futuro. Por suerte, las canalizaciones con puntos sin uso no se contaminan como las de agua, pero eso no evita que deban ser sometidas a un mantenimiento correcto para que el día que se requiera su uso estén a punto.

Pero aun disponiendo de un buen diseño, los incidentes son algo inevitable. Los más habituales son los debidos a una mal uso de las tomas, lo que puede llegar

a crear pequeñas fugas en ellas. La existencia de diferentes modelos de tomas en el mercado (no hay un modelo normalizado único) puede provocar la confusión en el personal sanitario.

Los gases medicinales mas utilizados en los hospitales:

- Oxígeno medicinal (O_2):

Este gas hace posible la vida y es indispensable para la combustión, por lo que es uno de los gases más utilizados en el ámbito hospitalario, básicamente para la respiración artificial cuando haga falta suministrar aire a los pacientes.

Inodoro, incoloro y no tiene sabor, se emplea para la terapia de reanimación e inhalación. También se utiliza en la anestesia antes de cualquier intervención, en el tratamiento de quemaduras o en la terapia hiperbárica para tratar numerosas enfermedades.

- Dióxido de carbono (CO_2):

Se emplea especialmente para inyectar gas medicinal en las cirugías menos invasivas, como pueden ser endoscopias, laparoscopias, artroscopias, y crioterapias, también es utilizado para la estimulación respiratoria durante y después de la anestesia.

- Aire medicinal (O_2 - N_2 y otros componentes minoritarios):

El aire medicinal comprimido se utiliza en conjunto con tratamientos de alta humedad con atomizadores, tratamientos pediátricos y en todo tipo de terapias de tipo respiratorio en que esté contraindicado el aumento en el contenido de oxígeno atmosférico puesto que permite realizar respiraciones impulsadas por aire comprimido, o como diluyente de O_2 administrado, dado que el O_2 en concentraciones de 100% es tóxico para el organismo.

También es utilizado en equipos de anestesia como elemento transportador para atomizar agua, administrándolo por las vías respiratorias y como propulsor de equipos de cirugía.

- Nitrogeno (N) (nitrogeno liquido medico):

El nitrógeno es un gas médico que se presenta en estado líquido y a muy bajas temperaturas

Se emplea para eliminar mediante criocirugía algunos cánceres y lesiones cutáneas, también sirve para almacenar y congelar tejidos, células y sangre a temperaturas criogénicas para evitar la oxidación de las muestras.

La industria farmacéutica utiliza este gas medicinal para la fabricación de medicamentos.

- Óxido nitroso (N_2O):

Es muy útil en diversos procedimientos quirúrgicos como anestésico y analgésico. Se le conoce también como gas hilarante o gas de la risa”.

- Helio (He):

El helio es un gas inerte y es el segundo elemento más ligero. Inodoro, incoloro, insípido, no tóxico y no inflamable, se emplea normalmente en estado líquido como sistema de refrigeración de tomógrafos, ya que llega a una baja temperatura de -259 °C.

Además, su aplicación se concentra en el diagnóstico de enfermedades a través de imagen mediante resonancia magnética, puesto que el helio líquido permite mantener una baja temperatura que necesitan los equipos RM para posibilitar la superconductividad de los imanes.

5 Discusión-Conclusión

Aunque su presencia sea ya centenaria en los centros sanitarios, el uso de los gases medicinales sigue cobrando más fuerza con el paso del tiempo en el ámbito médico. Las investigaciones han permitido descubrir nuevas aplicaciones de uso, gracias a las nuevas tecnologías.

Uno de los factores más a tener en cuenta respecto a gases medicinales y gases utilizados en atención médica son sus riesgos. Lo primero y fundamental es que los sistemas para el uso de gases medicinales cumplan con las normativas de seguridad requeridas, y que el servicio de prevención de riesgos laborales de los centros hospitalarios vele por su cumplimiento.

Las instalaciones de estos gases han de ser diseñadas y construidas por expertos en el área y cumpliendo con todas las normativas requeridas. Además el personal sanitario debe conocer cómo tratarlos, sus características y sus riesgos asociados, para evitar cualquier tipo de problema dentro su labor sanitaria habitual.

6 Bibliografía

1. <https://www.messer.es/seguridad-gases>.
2. <https://hospitecnia.com/instalaciones/la-instalacion-de-gases-medicinales-del-hospital-desde-el-punto-de-vista-del-gestor-de-mantenimiento/>.
3. <https://tediselmedical.com/el-uso-de-los-gases-medicinales-en-los-hospitales/>.

Capítulo 386

EL PINCHE DE COCINA, INTERPRETACIÓN DE PROPIEDADES NUTRICIONALES BÁSICAS

MARTA GARRIDO HERRERA

JORGE ROMERO MATEO

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

MARÍA NIEVES VALLE

VANESA GARRIDO HERRERA

1 Introducción

Existe un incremento en las calorías de los alimentos, todo esto debido a que se busca un estereotipo social positivo. El Pinche de cocina debe saber que este recuento de calorías es una medida que expresa el poder energético de los alimentos, es decir la cantidad de calorías que introducimos en nuestro organismo a través de la ingesta alimenticia.

La información nutricional de un alimento permite que las personas, principalmente los que necesitan una características alimenticias especiales, se les provea de productos acorde a sus necesidades clínicas.

Por lo expuesto las empresas productoras de alimentación y envasado del mismo deben de incorporar una información nutricional para informar al consumidor

en la etiqueta. La etiqueta sirve para informar del valor nutricional del alimento que va a consumir.

Es vital que la fabricación de productos industrializados sean nutricionalmente adecuados para el consumo, principalmente para personas con necesidades nutricionales específicas.

Como se ha explicado, el Pinche es conocedor de que el valor nutricional se determina según las necesidades de nutrición de los consumidores. Es por esto que el ser humano debe consumir una proporción equilibrada de proteínas, carbohidratos y grasas. Estos valores dependen de la composición química de los alimentos, la producción, de la utilización de productos fitosanitarios, del almacenamiento y otras variables que puedan afectar al alimento o la composición en cuestión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y realizar los procesos de preelaboración de los diferentes alimentos.

Objetivos secundarios:

- Realizar y preparar platos nutritivos.
- Ayudar en la confección de menús saludables .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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 y se han consultado artículos relacionados con el caso.

4 Resultados

El Pinche de Cocina debe estar informado de que las sustancias que proporcionan energía al organismo son:

1. Macronutrientes esenciales:

- Proteínas: las proteínas son denominadas esenciales porque no pueden ser sintetizados por nuestro organismo, y deben ser incorporadas en la dieta. Las proteínas participan en miles de funciones dentro de nuestro organismo.

Podemos distinguir entre los alimentos ricos en proteínas de origen animal (huevos, todo tipo de carnes e incluso los productos lácteos).

Luego, existen las proteínas vegetales (la soja, las legumbres, los cereales, etc.)

- Hidratos de carbono: o también, se conocen como azúcares. También, son esenciales y aportan energía a nuestro organismo. Y siempre deben incorporarse en una dieta equilibrada. Pero es más recomendable consumir los azúcares complejos, que los azúcares simples. Dentro de este grupo podemos diferenciar los almidones, la fibra que la podemos encontrar soluble e insoluble, etc. Ambos son azúcares que llamamos complejos.

Los alimentos más ricos en hidratos de carbono son el pan, la pasta, frutas y verduras, incluso tubérculos como la patata que poseen un gran porcentaje de almidón.

- Las grasas: son igual de necesarios que los anteriores, pero presentan más alto contenido calórico. Existen dos tipos:

Las grasas Saturadas (suelen ser de origen animal como por ejemplo, carnes rojas).

Las grasas Trans (se obtienen del procesamiento de aceites vegetales, como por ejemplo, el tan conocido, aceite de palma).

2. Micronutrientes:

Los micronutrientes son las sales minerales (solubles y liposolubles) y las vitaminas. Algunas y algunos, deben ser incorporados por la dieta, pero en muchas ocasiones, no es necesario incorporarlos todos los días. Por ejemplo, las vitaminas liposolubles se almacenan en los adipocitos, permaneciendo durante mucho tiempo.

Dentro de las vitaminas podemos encontrar: La vitamina D (luz solar) Vitamina B12 (solo se encuentra en carnes), etc.

Y dentro de los minerales Magnesio, Hierro, Zinc, etc. Uno, por ejemplo, el sodio, es fundamental para el desarrollo de muchas funciones de nuestro organismo, pero un exceso, puede llevar a edemas y retención de líquidos, hipertensión, etc.

3. Valor energético:

Cada macronutriente aporta una cantidad de calorías (KCAL) a nuestro organismo. Y con una correcta combinación, podremos asegurar una dieta de lo más equilibrada.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina, debe conocer cada micro y macronutriente, así como, identificar la importancia básica de cada uno, así, se podrán destinar las dietas de los

pacientes como referente a sus patologías en el caso de ser necesarias complementarse con una dieta específica, o, para contribuir a que dentro del hospital, se lleve una dieta equilibrada.

Normalmente, y en la gran mayoría de los casos, una dieta correcta, ayuda a a la mejora de la situación clínica del enfermo.

El auxiliar de cocina, es un importante eslabón a la hora de realizar los menús, ya que es el que se encuentra en contacto con cada alimento, y de una manera natural reconoce la virtud de cada uno de ellos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 387

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA : LA HIGIENE ALIMENTARIA

ANTONIA ALFARO CUERDA

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Podemos definir la higiene alimentaria como el conjunto de normas, medidas y procedimientos necesarios para garantizar la seguridad, salud e integridad de los alimentos consumidos con el fin de minimizar la aparición de enfermedades transmitidas por los alimentos. La FAO-OMS lo define como “el conjunto de medidas necesarias para asegurar la salubridad, inocuidad y buen estado de los productos utilizados en los alimentos en todas las etapas de su elaboración”. La higiene, por tanto, trata de evitar las típicas enfermedades que se derivan de la ingestión de alimentos en mal estado.

Es un concepto de prevención, nunca cura.

La higiene de los alimentos no comprende únicamente las operaciones realizadas en la cocina por las personas asignadas a la misma, sino que estas normas y medidas deben aplicarse desde el inicio de los alimentos (ganado, plantas, etc.)

hasta la manipulación final, al consumo instantáneo. Esta definición incluye la higiene personal estrechamente relacionada con la higiene de los alimentos. La aparición de estas enfermedades puede generar riesgos para la salud y pérdidas económicas para la salud de cualquier país, trayendo como consecuencia un perjuicio para todos los usuarios de ese sistema de salud. Los costes hospitalarios, las bajas por enfermedad, las secuelas y la pérdida de salud son argumentos suficientes para que cualquier elaborador de alimentos deba concienciarse de la importancia del cumplimiento de los estándares establecidos y de la ilusión y vigilancia de toda la cadena alimentaria.

2 Objetivos

Explicar la higiene alimentaria que hay que llevar a cabo en los centros hospitalarios por parte de los pinches de cocina.

3 Metodología

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

4 Resultados

La seguridad y calidad de los alimentos en los hospitales son pilares fundamentales del bienestar de los pacientes, ya que estos alimentos repercutirán directamente en la mejora del paciente y, si no se realizan, pueden dificultar el proceso de curación o incluso empeorar la salud. Pensaron en tener en cuenta las características individuales de cada paciente, como alergias, enfermedades crónicas, enfermedades autoinmunes, restricciones de ingesta, inmunidad debilitada o la etapa de su vida en la que se encontraba.

Por todo ello, y teniendo en cuenta que está diseñado para poblaciones de riesgo, es importante mantener los estándares de seguridad y calidad. Además, se deben considerar aquellos aspectos que afectan la aceptación de los alimentos por parte del paciente, como apariencia, cantidad, temperatura, variedad y calidad.

La seguridad alimentaria se refiere a alimentos que no causan problemas de salud al usuario. Para ser inocuos, los alimentos tienen la obligación de ser inocuos, pero no de calidad, que depende de los requisitos del producto. Desde la perspectiva de la higiene de los alimentos, la inocuidad se refiere a todas las medidas adoptadas para garantizar la higiene y la inocuidad de los alimentos y mantener la calidad nutricional de los alimentos.

La misión de la FAO es desarrollar las habilidades de los profesionales responsables del control de los alimentos a través de programas para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos. Estos procedimientos se basan en el control de riesgos, al igual que el HACCP (Sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control). Este control de los alimentos atraviesa todas las etapas, desde la producción primaria hasta la comercialización y el consumo, a través de un proceso integrado que involucra al personal del gobierno y de la industria alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que la seguridad y calidad de los alimentos es una de las mayores preocupaciones de la ciudadanía, especialmente cuando se trata de entornos hospitalarios, por lo que es importante establecer medidas y sistemas de control de calidad y seguridad alimentaria; todo ello para cubrir las necesidades de los pacientes y adaptarse a su proceso patológico. Los pacientes esperan que los alimentos proporcionados por el hospital cumplan con los estándares básicos de seguridad y calidad, por lo que es importante establecer un sistema de control de alimentos como una herramienta más del tratamiento durante la hospitalización e incluso focalizarlo como algo más importante.

6 Bibliografía

1. Artículo "Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria". https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf.
2. González, M^a Jesús. Gestión de la seguridad en las cocinas hospitalarias. Editorial: AENOR INTERNACIONAL, S.A 2014.
3. Herrera Úbeda, Miguel Ángel (Hospital General Universitario Gregorio Marañón). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio. Laser Médica. Diseño Seguro de Cocinas en Servicios de Alimentación. MAD. Gestión hostelera.
4. Alimentación: procesos funcionales.

5. Montes, E, Llore, I, López, MA. Diseño y gestión de cocinas. [https://es.scribd.com/document/43659731/](https://es.scribd.com/document/43659731/Cocina-Hospitalaria-Centralizada-Marcha-Adelante) Cocina - Hospitalaria - Centralizada - Marcha - Adelante (Cocina Hospitalaria 6-6. Centralizada Marcha Adelante) <http://www.restauracioncolectiva.com>.

Capítulo 388

PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA: CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DE LOS MICROBIOS EN LOS ALIMENTOS

ANTONIA ALFARO CUERDA

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La mayoría de los microorganismos que pueden provocar infecciones e intoxicaciones alimentarias viven en el intestino humano o animal y se eliminan a través de las heces. Otros provienen de otras partes del cuerpo y se excretan a través de la tos, la saliva o la orina. Algunos de estos microorganismos son capaces de producir infecciones, como la piel (forúnculos, sarna, etc.), la garganta (lengua), y si la persona que los prepara no lo hace, pueden pasar de estas zonas a los alimentos en gran cantidad.

Los microorganismos pueden entrar en los alimentos a través de:

- El propio animal, la presencia de microorganismos en el animal que contaminen la carne o sus productos derivados; tanto se aplican a animales enfermos; como animales portadores de bacterias (el último caso es cuando los microorganismos se multiplican en el animal y son llevados al exterior por Al momento del exterminio, los animales no presentaban síntomas de enfermedad).
- Personas que manipulan alimentos (aquí también se pueden dar las dos situaciones anteriores, en el caso de personas enfermas y en el caso de personas portadoras de bacterias o microbios, dé esto.
La última situación es también, cuando la persona no está enferma, pero tiene algunos microbios en el cuerpo y los elimina al exterior, lo que puede hacerse de manera continua o intermitente en el tiempo).
- Utensilios o equipos de cocina sucios.

2 Objetivos

Indicar las principales condiciones que influyen en el desarrollo de los microorganismos, en relación con la contaminación de alimentos en la cocina hospitalaria.

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

Para que los microorganismos se desarrollen, se deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Temperatura: los microorganismos que pueden causar enfermedades en el cuerpo humano crecen mejor a la temperatura del cuerpo humano, es decir, temperaturas cercanas a los 37 grados. A medida que la temperatura aumenta o disminuye, la vida útil de los microorganismos se ve obstaculizada. Cuando la temperatura desciende por debajo de los 5 grados, los microbios dejan de multiplicarse (pero no mueren ni siquiera a temperaturas bajo cero).

Por el contrario, la mayoría de los microorganismos patógenos (microbios capaces de causar enfermedades) comienzan a cambiar cuando la temperatura supera los 60-65 grados, especialmente si esta temperatura se mantiene durante un cierto período de tiempo.

2. Humedad: el agua es necesaria para la vida, por lo que la humedad favorece el crecimiento de microorganismos, mientras que la sequedad dificulta su desarrollo.

3. Componentes de los alimentos: los microorganismos, como organismos vivos, necesitan sustancias alimenticias para mantenerse y reproducirse.

Por lo tanto, la mayoría de los alimentos consumidos por el ser humano son excelentes medios de desarrollo microbiano; los más populares son los alimentos ricos en azúcar (mermeladas y dulces) y los alimentos elaborados a base de carne, huevos y leche (mayonesa, salsas, nata, natillas, helados, etc.).

4. Tiempo: es un factor muy importante para el desempeño de los factores que mencionamos anteriormente. Con la temperatura, la humedad y la composición de los alimentos adecuadas, un solo microbio o bacteria puede multiplicarse en media hora, por lo que pueden producirse niveles muy altos de contaminación en unas pocas horas.

El mayor riesgo se produce cuando los alimentos que se van a envasar en latas o tarros (conservas de frutas o verduras) o en tripas o latas (salchichas, embutidos, etc.) se contaminan con polvo o suciedad.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios en la salud que nos ocupan son producidos por microbios que son capaces de sustentarse en los alimentos, incluso desarrollarse y multiplicarse rápidamente porque los alimentos contienen los nutrientes y las condiciones adecuadas.

Concluimos destacando la importancia de la prevención y la toma de medidas higiénicas por parte de todos los miembros del equipo de profesionales que trabajan en la cocina hospitalaria, incluyendo los ayudantes de cocina. De ahí la importancia de una adecuada formación y el conocimiento del personal sobre las principales condiciones que influyen en el desarrollo de estos microorganismos.

6 Bibliografía

1. Codex Alimentarius. 2006. URL. http://www.codexalimentarius.net/mrsl/vetdrugs/jsp/vetd_q-e.jsp. (Accedido mayo 2006).[Links].
2. Reglamento Sanitario de los Alimentos DTO. N° 977/96(D.OF. 13.05.97). En www.minsal.cl.
3. Oficina Regional de la FAO Para América Latina Y El Caribe. 2006. Fortalecimiento de los comités nacionales del Códex y aplicación de las normas del Codex alimentarius. En: www.rlc.fao.org/prior/comagric/Codex/rla0065/0065.htm; consulta: 13/07/2006.
4. Zacarías I, Middleton S. Manipulación de Alimentos, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, 1987; 8–9.
5. Swaminathan Bala. Investigation of Foodborne and waterborne diseases outbreaks. In Murray: Manual of Clinical Microbiology, 10 (1999), pp. 174-190 7th Edition

Capítulo 389

PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS

ANTONIA ALFARO CUERDA

CARIDAD GOMEZ HONRUBIA

ISABEL HONRUBIA GARCIA

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

ANTONIA HONRUBIA GARCÍA

1 Introducción

La contaminación de los alimentos no solo supone un riesgo para la salud, sino que también tiene un importante impacto económico, provocando una importante pérdida de las arcas del estado, como en el caso de la cocina hospitalaria. Es importante resaltar y centrarse en el período de tiempo que se extiende entre el plato ya cocinado que espera a servirse y la ingesta de dicho plato, ya que sería el momento de hacer otro tratamiento de esa elaboración que sería térmico, así se reducirá la cantidad de bacterias que ahora están creciendo. En ese momento es cuando los cuidados deben ser máximos, sin que ello signifique que no sea necesario vigilar otras etapas del cocinado, ya que también sería motivo de problema en el alimento.

Si por alguna razón los platos ya cocinados no están disponibles temporalmente, como el servicio de alimentos, es necesario refrigerarlos (refrigerador), o calentarlos por encima de 65° C para evitar cualquier crecimiento bacteriano.

Los manipuladores de alimentos de cualquier tipo tienen la importante responsabilidad de respetar y proteger la salud de los consumidores mediante una manipulación cuidadosa. Para ello es necesario desarrollar:

1. Conocimiento de la materia de trabajo: manipulación de alimentos.
2. Actitudes personales de comportamiento en favor de sus funciones: higiene personal y organización del trabajo.
3. Sentido de responsabilidad hacia los demás por la importancia de los servicios prestados.

2 Objetivos

Explicar la correcta forma de manipular los alimentos por parte del personal de cocina hospitalaria, explicado por pinches de cocina.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunos de los hábitos “tradicionales” a erradicar son:

1. Uniforme: mala utilización del uniforme. El uniforme de la cocina está para aislar a la cocina de contaminantes exteriores.

Si los profesionales que trabajan en la cocina salen a menudo al exterior, a la calle o al bar más cercano a tomar un café, se perderá el efecto de impermeabilización una vez entre de nuevo a la cocina, por ello se debe llevar un uniforme.

2. Relojes, pulseras y anillos. Aunque no están prohibidos por la legislación, presentan un alto riesgo de propagación de intoxicaciones alimentarias. También suponen un peligro desde el punto de vista de la seguridad e higiene en el trabajo,

la prevención de accidentes, y si algún dedo se lesiona, el tratamiento siempre es mucho más difícil. También es más antihigiénico usar pulseras o aretes grandes.

3. Gorros: el gorro forma parte del uniforme de cocina y por seguridad debe llevarse en la cabeza y sin flequillo. El cuero cabelludo es una fuente muy fértil de microorganismos.

4. Uñas: las uñas deben mantenerse cortas y sin pintar. Dado que el área entre las uñas y los dedos es donde se puede acumular mucha suciedad y muchos contaminantes, deben mantenerse cortas para facilitar la limpieza con un cepillo.

7. Cámaras: Constituyen el corazón de la cocina.

La mayoría de las veces, son el talón de Aquiles de la cocina. Ya sea por su estado o por su reducida capacidad. Las cámaras deben ser lo suficientemente grandes para almacenar alimentos crudos, precocinados y cocidos preparados y/o procesados durante al menos 48 horas, para que su capacidad nunca sea limitada. Su estado debe ser impecable. Lo mejor es tener el mayor número de compartimentos posible para poder diferenciar los alimentos por tipo: verduras, frutas, carnes, pescados y también por estado: crudos, precocinados y cocidos.

8. Cubos de basura. Los contenedores deben ser no manuales para que estén permanentemente cerrados y no haya que tocarlos con la mano. La basura debe mantenerse lo más pequeña posible para que pueda retirarse de la cocina cuando comience a degradarse. Por ley, la basura debe tener un cuarto dedicado, preferiblemente refrigerado. Las cocinas modernas a menudo contienen unidades de eliminación de desechos para poder comprimirlos y hacerlos menos voluminosos.

9. Platos: Aunque menos frecuente, la cerámica, y más concretamente la vajilla, constituyó un grado alto de infección. Si los platos se lavan mecánicamente (lavavajillas) o a mano, con temperaturas superiores a 80° C.

Hay que tener cuidado, pues pueden quedar minúsculos restos de comida que se echan a perder a temperatura ambiente y aumentan el riesgo al contaminar los alimentos que luego se depositan en el plato.

Por este motivo, se debe seguir estrictamente el ciclo de lavado y rechazar la vajilla que tenga residuos y no se pueda lavar correctamente.

10. Comer, fumar o mascar chicle: están prohibidas por la legislación. La razón de esto es que cuando se come o masca chicle se saliva más y si se es portador de una enfermedad se puede contagiar y crear problemas muy graves de salud. La situación del tabaco parece más sencilla, pero aún hoy se sigue fumando en algunas cocinas, aunque no en las hospitalarias

11. Romper la cadena de frío en los congelados. Los productos congelados deben recibirse de forma minuciosa sin romper la cadena de frío. Como se ve en la

unidad de congelación (que inhibe el crecimiento bacteriano), una ruptura en la cadena de frío afecta negativamente a los productos que se volverán a congelar lentamente.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la gran responsabilidad que tiene que tener el personal de cocina, entre ellos el pinche, que su función es tenerlo todo bajo control. El pinche de cocina hospitalaria tiene que estar en contacto directo con el producto, también es el que transporta los alimentos, su responsabilidad es la temperatura, tiempo del producto en tránsito, y todo el proceso, hasta que llega a cada uno de los pacientes ingresados en las dependencias hospitalarias.

Como hemos podido observar, hay una serie de normas bastante importantes que no pueden pasarse por alto, ya que se está tratando con pacientes y con su salud, y la comida es su aporte positivo para una mejor recuperación.

6 Bibliografía

1. <https://www.restauracioncolectiva.com/n/la-responsabilidad-del-manipulador-de-alimentos-respecto-a-la-seguridad-parte-i>.
2. <https://manipulador-alimentos.net/quien-necesita-carnet-manipulador-alimentos/>.

Capítulo 390

EL CELADOR Y EL USO DE LA OXIGENOTERAPIA EN LOS PACIENTES

CÉSAR GARCÍA PASCUAL

1 Introducción

Cuando se habla de oxigenoterapia se hace referencia a un procedimiento mediante el cual el enfermo recibe un aporte de oxígeno concentrado en mayor cantidad que la que tiene el aire, que se encuentra en el 21 %, cuyo objetivo es el de restituir el grado de oxigenación habitual en la sangre y en los tejidos. Los enfermos a los que se aplica esta técnica son frecuentemente aquellos que padecen de afecciones de tipo respiratorio con alguna descompensación, hemorragias abundantes, ataques al corazón, entre otras.

A la hora de determinar el nivel de concentración de oxígeno en la sangre, es necesario hacer una gasometría arterial cuya finalidad es la de cuantificar la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono de la sangre en las arterias. De otra forma se usa la pulsioximetría, la cual calcula la cantidad de oxígeno que se encuentra en la hemoglobina, cuyos valores se encuentran en el rango del 95-100 %.

Usando la técnica de la oxigenoterapia se intenta alcanzar las siguientes finalidades:

- Preservar los índices de oxigenación adecuados tanto en sangre como en los tejidos.
- Suministrar alivio al enfermo posibilitando la aireación y la adición de oxígeno apropiados en el momento que sea necesario.

Los hospitales disponen de una central de oxígeno, el cual se reparte por medio de conductos, con presión uniforme. Estos dispositivos se localizan en las habitaciones en el respaldo de las camas, y en otras secciones del hospital.

Para suministrar el oxígeno por medio del dispositivo central, se necesita:

- El caudalímetro o flujómetro: se trata de un artefacto el cual ajusta el caudal o flujo de oxígeno, el cual se calibra en litros/min. Habitualmente se utiliza una pequeña bola que se encuentra suspendida marcando en un nivel la posición que está siendo suministrada al enfermo.
- Recipiente humidificador: se procede a rellenar 2/3 del mismo con agua destilada estéril, que tiene por objeto humectar el oxígeno en el momento de su salida a través de la toma, previo a su llegada al enfermo. Se usa a la hora de suministrar oxígeno con procedimientos de alto flujo. Es recomendable cambiar el agua destilada diariamente higienizando el vaso para prevenir contaminaciones. No conviene rellenar el envase. En la actualidad hay métodos de humidificador de usar y tirar, cuando se agota el agua se cambia por otro nuevo.
- Bombona de oxígeno: se trata de un envase con forma de cilindro que reserva el oxígeno a una presión superior a la de la atmósfera. Esto es así porque si la presión fuera igual, se interrumpiría el flujo de oxígeno y sería necesario recargar la bala de oxígeno.

Para propinar el oxígeno a través de una botella de oxígeno se necesitan los siguientes elementos:

- Manómetro: elemento que calibra la presión del oxígeno de la bombona.
- Regulador o manorreductor: Se acciona en mayor o menor medida dependiendo de la presión del oxígeno indicada por el manómetro.
- Flujómetro o caudalímetro.
- Humidificador: si fuera necesario.

Instrumentos para propinar el oxígeno:

Es de gran importancia propinar el oxígeno con el torrente y los instrumentos adecuados:

- Procedimientos de bajo flujo: con estos procedimientos no es posible saber la cantidad precisa de oxígeno que inhala el enfermo, porque requiere de la periodicidad y la hondura con que inhala.

1. Cánula nasal o gafas de oxígeno: es el procedimiento más simple para suministrar el oxígeno. Se trata de un conducto que va conectado por un lado al suministro de oxígeno y por el otro extremo tiene dos cánulas que se insertan en los agujeros nasales. Se usan con cantidades bajas de oxígeno y con enfermos

que se vigilan bien. Facilita la libertad del enfermo, facilitando el habla, ingerir alimentos, etc. Hay que aconsejar al paciente que es conveniente que inhale por la nariz.

2. Mascarilla simple: instrumento de plástico blando y trsnlúcido. En la actualidad se pueden encontrar fabricadas en silicona. Se usa cubriendo la nariz, la boca y la barbilla. Posibilita el suministro de oxígeno a cantidades mayores que las gafas de oxígeno.

3. Mascarilla para terapias respiratorias con reservorio: es usada en aquellas ocasiones en las que es necesario una mayor cantidad de oxígeno. Se trata de una mascarilla sencilla con un saquito con una capacidad de $\frac{3}{4}$ de litro aproximadamente, la cual se llena de oxígeno en el instante en el que se abre el paso de la toma. Tiene que mantenerse repleta constantemente. Es usada con enfermos que sufren intoxicación con monóxido de carbono, incapacidad grave para respirar.

- Sistemas de alto flujo:

1. Mascarilla de Venturi: admite cantidades de oxígeno inhalado de manera constante, con independencia de la manera de oxigenar del enfermo. Es similar a la mascarilla sencilla, con la diferencia de que en su parte de abajo posee un mecanismo que deja ajustar la cantidad de oxígeno que se suministra. Esta mascarilla es aconsejada en particular para enfermos con incapacidad grave para respirar.

2. Máscara de traqueotomía: esta mascarilla se usa con enfermos con traqueotomía porque puede ajustarse al cuello. Se pone la pieza esférica mirando hacia debajo y la parte plana hacia lo alto. Este tipo de mascarilla suele llevar ajustado el instrumento de Venturi.

2 Objetivos

Elaborar un abanico de funciones para el celador en relación con la aplicación de la técnica de oxigenoterapia, así como su colaboración con el resto de profesionales implicados en las distintas secciones del hospital a la hora d aplicar este tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio, se ha efectuado una investigación sustentada en una revisión bibliográfica referente a la literatura científica existente en relación a la oxigenoterapia. Se ha puesto en funcionamiento una búsqueda sistemática de libros y además se han revisado artículos en las principales bases de

datos: Pubmed, Medline y Scielo, eligiendo artículos científicos provenientes de publicaciones académicas contrastadas.

Palabras clave: celador, oxigenoterapia, bala de oxígeno y gafas nasales.

4 Resultados

A la hora de suministrar oxígeno, es importante tomar en consideración una serie de medidas para evitar riesgos:

- Conviene abstenerse de fumar, procurar no utilizar próximo a instrumentos eléctricos que se encuentren en buen estado, evitar utilizar mezclas que puedan arder a la hora de limpiar el conjunto, no golpear la botella.
- Es importante seguir las indicaciones dadas por el facultativo.

La manera de proceder es la siguiente:

- Organizar todo el material que se necesite, lavado de manos y usar guantes.
- Describir al enfermo lo que se va a hacer, colocándole el respaldo de la cama en Fowler preferiblemente.
- Chequear que el equipo de oxígeno funciona correctamente y rellenar el aparato humidificador si fuera necesario su uso.
- Elegir la concentración de oxígeno indicada en litros/minutos. Si se fuera a usar una mascarilla que lleva ajustador de cantidad, sería conveniente regularla igualmente.
- Organizar el aparato de suministrar oxígeno y ajustarlo al enfermo.
- Estar pendiente de la actividad del equipo comprobando que funciona correctamente y de como va tolerando en enfermo el tratamiento.
- Poner al enfermo de la forma en que más cómodo se encuentre y estar pendiente sobre todo durante las horas iniciales por si acaso aparecen síntomas como: reducción de la frecuencia cardíaca, si el paciente se encuentra somnoliento, dolor de cabeza, cianosis, por citar los más importantes.

Los cometidos del celador en relación a la oxigenoterapia son:

- Transportar las bombonas de oxígeno y procurar que se encuentren disponibles para su uso cuando se precisen.
- Cuando las balas de oxígeno se hayan utilizado en su totalidad, se procederá a almacenarlas donde corresponda y se sustituirán por otras llenas.
- Si el paciente está siendo atendido en urgencias y va a ser trasladado a otro lugar, es el celador el que proporciona la bombona de oxígeno.
- Es el celador el encargado de poner la bombona de oxígeno en la cabecera de la cama del enfermo, ajusta el manómetro y abre la bala con la autorización de la

enfermera.

- Si el paciente va a ser trasladado en silla de ruedas, el celador sitúa la botella de oxígeno en el apartado que lleva la silla para tal fin.

5 Discusión-Conclusión

Como síntesis de los aspectos más destacados de este estudio, se puede decir que el celador tiene un rol muy significativo a la hora de utilizar el método de la oxigenoterapia en aquellos enfermos a los que es necesario llevar de unas dependencias a otras en el interior del hospital. El celador es aquel trabajador en el que corre a su cargo la labor de que las botellas de oxígeno, elemento fundamental para llevar a cabo estos servicios, se encuentren en las condiciones adecuadas para ser utilizados.

El celador coopera con el resto de personal para que el enfermo se halle en una situación lo más confortable que sea factible a lo largo de estos tratamientos, colocando las gafas de oxígeno en la nariz y la mascarilla de forma adecuada, incorporar al paciente para favorecer la respiración.

Así mismo, el celador colaborará con el resto de profesionales de las diferentes unidades implicadas en la aplicación del oxígeno en ese momento, ya sea en una planta de hospitalización, en urgencias, en radiología, etc., tomando nota de sus sugerencias y recomendaciones, para una correcta coordinación y la participación entre todos ellos de manera que se realice una eficiente gestión del trabajo.

En este sentido es relevante destacar la importancia de que el paciente reciba la dosis adecuada de oxígeno que ha sido pautada por el personal sanitario. Si un paciente, por ejemplo, tiene asignado una concentración de oxígeno de “dos litros” no se le puede administrar más de esa cantidad aunque en algún momento sea el paciente el que solicite que se le suministre más de esa cantidad. Esto es así porque se produce un efecto en el que el paciente se habitúa a recibir más dosis de la que tiene prescrita y cada vez va a demandar cantidades más grandes de oxígeno. La dosis suministrada siempre lleva la supervisión del personal sanitario.

6 Bibliografía

1. www.auxiliar-enfermeria.com.
2. www.enbuenasmanos.com.
3. www.celadores.club.

4. www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 391

EL PAPEL Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN FARMACIA HOSPITALARIA

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

BEATRIZ PATON ARMERO

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

1 Introducción

Uno de los servicios existentes en la mayoría de hospitales es la unidad de farmacia, desde la cual se suministra la medicación a cada planta hospitalaria para la dispensación a los pacientes. En un Servicio de farmacia hospitalario prestan servicio los siguientes profesionales: farmacéuticos, FIR (Farmacéutico Interno Residente), diplomado universitario en enfermería (DUE), auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, y celadores, en los cuales nos centraremos en este capítulo.

El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico, especialista en farmacia hospitalaria. Las funciones de farmacia abarcan no solo un mero almacenaje y distribución de medicación, sino múltiples tareas que comprenden desde el control y dispensación de estupefacientes y psicotrópicos a la elaboración de fórmulas

magistrales, nutriciones parenterales, elaboración de citostáticos, el control de los botiquines en las diferentes unidades del hospital, tareas de farmacovigilancia, establecer un sistema eficaz y seguro de dispensación de los medicamentos hasta incluso llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas a personal sanitario y a pacientes, en definitiva una amplia variedad de funciones en las que el celador colabora en todo lo que se le requiera por parte del personal farmacéutico asignado a farmacia.

En este capítulo vamos a abordar la importancia que tiene el celador en dicha sección de los hospitales de España.

2 Objetivos

Explicar el porqué de una farmacia hospitalaria, importancia de esta y funciones y el papel que tiene el personal celador dentro de la misma, además de la importancia que tiene este personal en ella mismamente.

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 celador forma parte del personal no sanitario de Farmacia. Entre sus funciones encontramos la recepción de los paquetes de los proveedores comprobando dicha mercancía con los albaranes y lo entregará al personal sanitario junto con el albarán para su contabilización y almacenaje. Ciertos productos como pueden ser alcohol o suero fisiológico pueden ser almacenados directamente por el celador e incluso podrá distribuirlos llevando un control y siempre existiendo la pertinente orden de recogida perfectamente cumplimentada y firmada.

Otras de las funciones que no debemos olvidar es la de movimiento de grandes pesos en la propia unidad de farmacia. Finalmente una de las más importantes será la distribución hasta los puestos de enfermería de cada planta de los carritos con medicamentos, productos como nutriciones enterales o los citostáticos que

trasladará desde el Servicio de Farmacia hasta la unidad peticionaria (normalmente para los productos citostáticos Hospital de Día o Plantas de Oncología) para los cuales se deben usar contenedores específicos para estos productos, que sean resistentes, aislantes térmicos y debidamente etiquetado, en todos los casos entregará y recogerá los documentos de comprobación de suministro y entrega debidamente firmados por los supervisores o enfermeros encargados.

En la actualidad en los hospitales el suministro de medicamentos desde el Servicio de Farmacia se realiza mediante la fórmula o método de “unidosis” o dosis única, es decir, en envases individualizados por paciente (dispensación individualizada de medicamentos) en función a lo solicitado desde la unidad hospitalaria donde se encuentre el paciente. Dicha distribución se realizará 1 vez al día, por las mañanas, entregando en el caso de las unidades de hospitalización las dosis requeridas por los pacientes ingresados hasta la mañana siguiente. Por último, el celador realizará controles periódicos de los productos que están bajo su responsabilidad que hemos comentado anteriormente y ayudará al resto de personal de farmacia en los inventarios que se realizan para conocer las existencias reales.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador en farmacia incluyen tareas indispensables para el desarrollo de la unidad, desde recepción de las mercancías, almacenaje, distribución, movimiento de grandes cargas en la unidad a incluso la dispensación de ciertos productos como alcohol o suero sin olvidar en estos casos que el celador puede despachar productos que toda solicitud o entrega de productos de farmacia debe ser firmado por el responsable de la unidad que lo recibe.

El celador debe en todo momento conocer el proceso y sobre todo la documentación de entrega y recepción de los medicamentos, así como su correcta cumplimentación y nunca debe entregar medicamentos, aunque le sean requeridos por facultativos, siempre debe remitirlo a un responsable de farmacia. Algo que sería interesante en la actualidad donde todo tiende a estar informatizado y a la supresión de papel, sería la realización por dichos celadores de cursos para el uso de material informático.

6 Bibliografía

1. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>.
2. Ribas Sala J, Codina Jané C. Farmacia Hospitalaria. Planificación y organización de un Servicio de Farmacia. 1ª Edición. EMISA.

3. Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la Farmacia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Diciembre 1.

Capítulo 392

LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LAS CAÍDAS PRODUCIDAS EN HOSPITALES

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

BEATRIZ PATON ARMERO

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

1 Introducción

Según la OMS las caídas son la segunda causa de muerte por razones accidentales y representan el accidente de seguridad más común en los hospitalizados.

Los profesionales sanitarios y los no sanitarios (celadores), tendrán que prevenir las posibles caídas de los trabajadores y usuarios. Hay diferentes factores que influyen en la mayoría de las caídas de las personas que se pueden clasificar en intrínsecos y extrínsecos. Las caídas accidentales o no intencionales son la segunda, causa de muerte en las personas. La prevención incidiendo en los factores de riesgo modificables es la medida más importante para evitar las caídas.

Tendremos en cuenta que existe un alto riesgo de lesionarse por caídas en las personas mayores. Los jóvenes pueden caerse cuando juegan o hacen deportes,

pero generalmente no suelen sufrir lesiones graves, salvo en ciertas ocasiones. Hay un grupo de personas de riesgo a las que les afectan más las caídas que son las personas mayores.

El perfil del paciente con mayor riesgo de caída es aquel que tiene alguno de estos factores: movilidad reducida, alteración del estado de conciencia mental o cognitivo, caídas previas en los últimos meses, medicación y edad. Hay que concienciar al personal mediante formación para reducir el número de caídas.

El personal celador suele sufrir gran cantidad de caídas en su trabajo.

2 Objetivos

Hacer un análisis exhaustivo de los motivos de las caídas de los celadores en su lugar de trabajo y proponer medidas que prevengan estos tipos de caídas en los celadores y en usuarios de los centros hospitalarios para que disminuyan estas caídas y las causas de estas.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Las caídas que más afectan a los celadores son:

1. Caídas al mismo nivel: son la segunda causa de accidentes en el ámbito sanitario y se producen normalmente por suelos resbaladizos, tropezones, uso de calzado inadecuado.

Precauciones:

- Mantener bien señalizadas y libres de obstáculos las zonas de circulación.
- Extremar las precauciones en todo tipo de traslados.
- Mantener ordenadas y limpias las zonas comunes de tránsito.
- Mantener una buena iluminación.

- Evitar la presencia de cables, topes en las puertas, etc. en el suelo. - Procurar que las puertas de acceso a las unidades permanezcan abiertas.
- Mantener la atención en los traslados. Ir tranquilos y sin prisas.

2. Caídas a distinto nivel: se dan en aquellos casos que se precisa del empleo de algún medio para acceder a zonas elevadas (estantes, armarios, etc).

Precauciones:

- Evitar el uso de sillas, mesas como base para acceder a zonas elevadas.
- Usar material homologado y en perfecto estado (escaleras, banquetas).
- Utilizar material con una base amplia.

Las causas comunes y factores de riesgo intrínsecos: problemas de equilibrio, medicación (mareos), problemas de vista, debilidad muscular, enfermedades (presión arterial baja, diabetes, etc.). Causas comunes y factores de riesgo en el hogar: mala iluminación, barreras arquitectónicas, suelos y alfombras, humedades.

Las caídas y sus riesgos se pueden evitar formando al personal para que conozcan el tipo y formas de caídas para evitarlas.

Finalmente, en caso de caída, hay que estar tranquilo y no hacer movimientos rápidos o bruscos y si es grave llamar a la ambulancia. En el caso de caída la persona se debe situar en una postura llevadera para él.

Las caídas suponen un riesgo importante para la salud del personal celador y usuarios de los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Recomendamos y según hemos podido observar en este capítulo un continuo seguimiento de la salud: realizar exámenes de vista y de audición, pruebas de equilibrio, y hacer ejercicio (fortalece músculos y huesos para mejorar el equilibrio) y tomar suficiente calcio y vitamina D para poner fin a las caídas en todos los ámbitos y sobre todo en este ámbito sanitario del que hemos hablado en este capítulo para que el personal celador no las sufra.

Recomendaciones para el hogar: tener una lámpara, un teléfono y una linterna cerca de la cama; mantener el suelo despejado, cuidado con los cables. Asegurar las alfombras; barras y ayudas técnicas en el baño, pasamanos o barandillas

en escaleras y pasillos; buena iluminación, usar interruptores que brillen en la oscuridad.

Siempre recomendamos en llevar cuidado con las caídas intentando evitarlas porque pueden derivar a situaciones de más gravedad del paciente. Teniendo en cuenta las causas y maneras de prevenirlas, estamos más cerca de nuestro objetivo.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 393

PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO HOSPITALARIO

CARLOS ARMANDO CHAPERO FERNÁNDEZ-CERECEDA

MARÍA VICENTA ALCÁZAR LÓPEZ- MENCHERO

FRANCISCO JAVIER NIEVA ARIAS

BEATRIZ PATON ARMERO

PEDRO GABALDÓN SANCHEZ

1 Introducción

Lo primero que debemos conocer es a qué nos referimos cuando hablamos de un quirófono. El quirófono es el área más compleja que existe dentro de cualquier área hospitalaria y es donde se van a realizar aquellas intervenciones quirúrgicas programadas o de urgencia. Los centros hospitalarios cuentan con varios quirófonos que van a estar divididos en áreas o bloques quirúrgicos, en donde cada uno de ellos está destinado a un tipo de cirugía concreta, y que deben estar situados lo más cerca posible de su respectiva unidad de cuidados críticos o de vigilancia intensiva (UVI).

Estos bloques quirúrgicos son las áreas más complejas dentro del centro sanitario y normalmente disponen de la tecnología más avanzada. Dada la naturaleza del trabajo a realizar en los bloques quirúrgicos se requiere que las medidas de

limpieza y los parámetros de trabajo sean más estrictos que el resto de las áreas hospitalarias.

Dadas las características señaladas del área quirúrgica, el trabajo a realizar por el celador es fundamental y debe realizarse con profesionalidad y sumo cuidado. Debe conocer y diferenciar las tareas del personal del área quirúrgica y colaborar en las funciones destinadas a su puesto de trabajo, así como conocer la importancia de trabajar en un ambiente aséptico.

El celador en el área quirúrgica debe tener un conocimiento extenso de los traslados y movimientos a realizar a los pacientes, así como conocer la correcta colocación de los pacientes en la cama quirúrgica en función de la intervención que se vaya a realizar.

2 Objetivos

- Explicar detalladamente en que consiste el quirófano hospitalario y lo importante que es en un hospital.
- Exponer que realiza el celador en el quirófano y en que consiste su trabajo en este.
- Conocer la misión de este servicio para poder llevar a cabo un buen funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Lo primero que vamos a clasificar los diferentes tipos de intervenciones que pueden llevarse a cabo en el área quirúrgica, estas se pueden clasificar en función de la gravedad de la intervención, por la extensión, por el propósito de la intervención y por el tiempo.

Por la gravedad:

- Bajo riesgo: la intervención no conlleva riesgos ni dificultades para la vida el paciente.

- Alto riesgo: la intervención conlleva un riesgo para la vida de paciente.

Por su extensión:

- Mayor: se realiza con anestesia general y ayuda respiratoria. El periodo de recuperación puede ser de días o semanas. Se requiere preparación preoperatoria y postoperatoria.

- Menor: son cirugías más simples, normalmente con anestesia local.

Por el propósito de la misma:

- Estética: en este tipo de cirugía se busca perfeccionar y mejorar el aspecto físico.

- Reconstructiva o reparadora: el objetivo de estas intervenciones es mejorar la funcionalidad, regenerar y mejorar la apariencia corporal, así como fortificar aquellas zonas que lo necesiten, modificar defectos y articular áreas que se encuentren desviadas.

- Diagnóstica: su objetivo se basa en establecer los motivos de la sintomatología del paciente por medio de las pruebas pertinentes.

- Paliativa: métodos o procedimientos que se usan para mejorar o aliviar el dolor de cara a obtener una mejora en la calidad de vida del paciente para aquellas enfermedades que no admitan o que todavía no esté curada.

- Curativa: se retirará del cuerpo del paciente aquella parte dañada, como por ejemplo la extirpación del apéndice.

Por el tiempo:

- Programada: es aquella cirugía que se realiza con antelación.

- Electiva: cirugía que no tiene resultados graves para el paciente y que dependerá de la decisión del profesional si se realiza o no.

- Urgente: la intervención quirúrgica del paciente no puede posponerse más de 24/48 horas.

- Emergente: la acción debe ser inmediata, ya que existe un peligro más que evidente para la vida del paciente. Aquí estaríamos hablando de una Emergencia cuya cirugía debe realizarse con celeridad para no poner en riesgo la vida del paciente.

El celador en el ámbito quirúrgico desarrolla una función adicional prestando ayuda al resto del personal sanitario (enfermeros, anestelistas, etc.) pero también desempeña otro tipo de funciones similares a las de otro tipo de celadores como son:

- La movilización del paciente: colocar al paciente en la mesa de operaciones de la manera adecuada va a influir que el cirujano pueda realizar la operación de una forma correcta. Durante una intervención es muy probable que el cirujano nos mande cambiar de posición al paciente. Y al finalizar dicha operación el celador debe saber la manera correcta de bajar al paciente de la cama quirúrgica y colo-

carlo en la camilla sin dañarlo lo más mínimo.

- Traslado de pacientes: se encargará de trasladar al paciente desde la habitación al preoperatorio y de aquí al quirófano, para que después de la operación lo lleve a reanimación y posteriormente, de nuevo a su habitación. El celador deberá llevar siempre la documentación y la historia clínica del paciente durante su traslado.
- Transportar material y documentos: transportará mobiliario, documentos, aparatos de diagnóstico y biopsias que deberá llevar al laboratorio para que puedan ser analizadas.
- Ayudar en el quirófano: deberá permanecer dispuesto y atento para actuar de inmediato cuando el equipo médico así se lo indique. Se encargará de ordenar los almacenes de los quirófanos, los soportes utilizados en las mesas de quirófanos y las camillas. Así como asegurarse de que todos los quirófanos queden en perfecto estado y que tengan el material necesario cuando finalice la jornada quirúrgica.
- Cuidado de las instalaciones, del material y función de vigilancia: el celador se encargará de que solo entre en la zona quirúrgica el personal autorizado y revisará el material y conservación de las instalaciones, avisando a sus superiores de aquellos desperfectos que pudiera observar.
- Una función específica del celador sería la de rasurar a los enfermos en caso de ausencia del peluquero o por urgencia de la intervención en aquellas zonas que lo requieran.

Atendiendo a la limpieza y desinfección de las zonas quirúrgicas podemos encontrar la siguiente división en un quirófano:

- Zona Blanca: es aquella zona restringida o estéril limitada solamente al personal autorizado y a la que se deberá acceder con mascarilla, gorro, guantes, calzas y uniforme para evitar un aumento de microorganismos que pudieran ser letales para el paciente. Se ubicarán en esta zona los quirófanos y antequirófanos y las zonas de lavado de manos estéril y almacén estéril.
- Zona Gris: zona cuya restricción es un poco inferior a la anterior y en la cual se deberá acceder con el uniforme, las calzas y el gorro. Se encontrarán en estas zonas las áreas de limpieza y desinfección de aquel instrumental que se utilice en el quirófano.
- Zona Negra: también se suele llamar zona “sucía”, ya que permite la entrada del personal con ropa de calle y en ella estarán ubicados los baños y vestuarios, así como la admisión quirúrgica. Dependiendo de la zona en la que se encuentre, el celador realizará funciones distintas como dar apoyo al equipo sanitario en la zona blanca, mantener ordenados los almacenes en la zona gris y controlar los accesos en la zona negra.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo descrito en este capítulo podemos observar que el quirófano es un área crítica en todas las instituciones sanitarias, ya que debido a sus propias características, normas de actuación y protocolos la diferencian de cualquier zona asistencial del Centro.

El celador en el ámbito quirúrgico debe conocer perfectamente sus funciones a desarrollar para garantizar la salud del paciente, debe poseer de una buena coordinación, comunicación y capacidad de trabajo a la hora de dar apoyo al resto del equipo sanitario.

Por ello, es necesario que el celador de quirófano posea una formación concreta y de calidad y que conozca la importancia de una perfecta asepsia con el fin de evitar el aumento de microorganismos que pudieran poner en peligro la vida del paciente. Dispondrá de un amplio conocimiento sobre las movilizaciones para una correcta colocación de los pacientes en la mesa de operaciones.

Y, por último, pero no menos importante, deberá ser una persona empática y capaz de estar dispuesto de ayudar a los demás. Solo así se conseguirá un buen ambiente de trabajo en un área tan crítica como es el ámbito quirúrgico.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-quiropfano/>.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/>.
3. <https://essaeformacion.com/blog/empleo/el-celador-en-el-quiropfano/>.
4. <https://orionformacion.com/formacion/sanidad/>.

Capítulo 394

EL CELADOR. PROCEDIMIENTO Y PASOS A SEGUIR ANTE EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE

MARINA INMACULADA MARTÍN DE LA SIERRA DE LA FLOR

VANESA RUBIO AYALA

M.JOSE GARRIDO BARRERA

EVA MARÍA GÓMEZ MANZANERO

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

1 Introducción

La muerte de un paciente, se dice que es el cese total de todas las funciones vitales del organismo humano. La valoración y certificación de ella la debe realizar el personal sanitario. No obstante, el celador debe de poseer unos conocimientos mínimos de los signos que se manifiestan en un paciente que ha fallecido, ya que dicho fallecido puede presentar signos precoces como la desaparición de pulso, ausencia de tono muscular y de movimientos respiratorios en la auscultación, no existencia de latido cardíaco y pérdida de sensibilidad cutánea y signos tardíos como la aparición de lividez, rigidez y putrefacción cadavérica y enfriamiento. Una vez que la muerte ha sido certificada por el médico correspondiente, el celador ayudará al personal de enfermería a amortajar a los enfermos fallecidos, siendo competencia de éste, el celador el traslado al mortuario.

La figura del celador es la que realiza el amortajamiento el cual consiste en la preparación del cadáver para poder ser velado por los familiares antes de su entierro o cremación. Antes de comenzar con el amortajamiento es imprescindible, en el caso de habitación compartida, tener la mayor intimidad posible, mediante el uso de biombos o mamparas de separación.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador ante el fallecimiento del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un deceso es algo desagradable para cualquier persona sobretodo para la familia y seres queridos de éste es una situación incómoda.

El celador junto con los demás sanitarios deben de tener humanidad y actuar de manera delicada, evitando cualquier situación incómoda a los seres queridos del fallecido/a, ya que el celador como profesional y también como persona humana debe ayudar a mitigar esa pérdida y acompañar a la familia y amigos en cierta forma antes el trance tan doloroso ocurrido.

Se debe dar margen de tiempo para que la familia asuma la noticia, se tranquilice y se desahogue antes de pedirles amablemente que abandonen la habitación forma parte del buen hacer del celador en situaciones como ésta.

Lo primero que se debe realizar cuando el personal facultativo responsable ha certificado el deceso del paciente es el amortajamiento del cadáver, el cual realiza el celador. En este aspecto hay que tener siempre en cuenta el “rigor mortis” (endurecimiento del cuerpo que se produce de 2 a 4 horas después de la muerte). El amortajamiento es responsabilidad del personal de Enfermería, pero es habitual que el celador colabore en estas tareas.

Dicho ésto, se debe indicar que las funciones de los celadores vienen recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario de 5 de julio de 1971 en el artículo 14.2. En ese artículo, en la función 19, establece que “ayudaran a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario”.

El proceso básico para la realización del amortajamiento es el siguiente;

1. Colocar el cadáver en posición decúbito supino y manipularlo con guantes.
2. Retirar del cadáver los catéteres, sondas y cualquier dispositivo que lleve.
3. Cerrarle los ojos y la boca.
4. Taponar con algodones todos los orificios naturales para impedir la salida de fluidos orgánicos (ano, orejas, vagina, boca y nariz)
5. Se debe sujetar los tobillos con una venda y cruzarle los brazos sobre el pecho.
6. Finalmente, se procederá a colocar una sábana por debajo del mismo y con ésta se cubrirá al difunto.
7. Se procederá a cubrir al fallecido con un sudario y pasarlo a la camilla para su traslado al mortuario, asegurando que sobre el tórax haya una hoja donde figuran los siguientes datos: nombre, apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, servicio de procedencia y número de teléfono.

Por último el traslado del cadáver si que es una tarea específica del celador y para llevarla a cabo es básico, además de hacerlo de un modo discreto, conocer las instrucciones específicas sobre el destino del mismo ya que el cadáver puede ser derivado a un quirófano (donación órganos, velatorio del hospital, sala de necropsias, etc.)

Con todo lo referido anteriormente podemos poner en conocimiento que el mortuario se caracteriza por ser una dependencia (imprescindible en todos los hospitales), donde se trasladan los cadáveres de los pacientes fallidos. Es el lugar donde permanecen mientras se les identifica, o esperan por la autopsia o su eliminación por entierro cremación u otro método.

Consta de varias cámaras frigoríficas para una mejor conservación de los cadáveres, el número de ellas dependerá del tamaño del hospital. El mortuario debe contar necesariamente con la presencia de al menos un celador durante todo el día.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el ámbito sanitario es fundamental ya que; analizando todas las funciones que realiza, se puede apreciar la importancia que tiene un

celador en la preparación y traslado de los pacientes fallecidos. La figura del celador se la puede considerar como la cara amable del hospital, centro de salud, centro de especialidades, etc, e influirá en la impresión que pacientes y familiares se lleven de la institución sanitaria. El buen desempeño de sus tareas significará la satisfacción por parte de los usuarios de la atención recibida y por consiguiente la satisfacción también del propio celador ya que es un trabajo cercano, amable y de humanidad.

El celador debe de ser empático en todo momento a la vez que buen profesional en la realización de sus labores en el traslado de pacientes fallecidos.

6 Bibliografía

1. B.O.E N° 174 del 22 de julio de 1971. Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
2. Tema 18. Celador: Temario y test Parte específica. Editorial MAD.
3. Celadores online de instituciones sanitarias. Sitio web: www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 395

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE UN ALTA DE UNA PLANTA O UNIDAD HOSPITALARIA

JAIME ORTIZ MARTIN

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

GELDA VILLAMOR AGUADO

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

GONZALO RUBIO ARAQUE

1 Introducción

Una vez finalizada la estancia de un paciente en una unidad o plante del hospital, debe marcharse, pero la situación no es tan sencilla como pinta, existen una serie de protocolos que deben abordarse anteriores al alta.

El paciente no se marcha por si solo, una vez haya terminado el tratamiento, la observación o las pruebas que se hayan realizado y le hayan llevado a un ingreso, quien decide su marcha del hospital es el médico a cargo de su caso, y que tras un periodo en el hospital, se ha valorado su alta.

Esto también, es decidido gracias al equipo que se encuentra en la unidad donde el paciente se encuentra, ya que se comenta con el médico de los progresos del paciente tanto a nivel clínico, físico y mental.

Una vez que el facultativo prescribe el alta, el resto del equipo debe comenzar a trabajar, cada uno, tiene unas funciones, normalmente comunes, que deben seguirse, para garantizar que el paciente se marcha del hospital con la mejor calidad posible.

En resumen, entendemos por alta hospitalaria “la situación en la cual el paciente ingresado desocupa la cama que tenía asignada en el hospital en cuestión. En la mayoría de los casos, es el médico el que autoriza el alta de un paciente”.

El alta hospitalaria más común es aquella que hemos descrito anteriormente, pero existen otros tipos de altas como:

- El alta voluntaria: el paciente, decide, bajo su responsabilidad, finalizar su estancia del hospital.
- Traslado: aquellas que se han producido por traslado a otros servicios o centros para diagnóstico o tratamiento.
- Exitus (fallecimiento): es aquella, en la que el paciente ha fallecido.

En este capítulo, nos ceñiremos en las funciones del celador y el protocolo de actuación y a seguir en esta situación.

Observaros diversas funciones tales como el traslado y/o acompañamiento del paciente a la salida, apoyo a la subida del vehículo si el paciente lo requiere, supervisión de los útiles del paciente, etc.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador ante un alta hospitalaria e identificar la importancia la realización de los protocolos que describiremos a continuación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez que ya se han realizado los trámites pertinentes para el alta hospitalaria, el médico la ha autorizado y la ha firmado, el equipo, como se ha comentado

anteriormente, se pone en marcha.

Dentro de este equipo, se encuentra el celador, que tiene establecido un protocolo general, aunque se debe aclarar, que todo dependerá del tipo de paciente, si es autónomo, dependiente, si es transportado en ambulancia, o en coche particular, etc.

Hablaremos en términos generales, con ciertos matices del protocolo a seguir por este profesional cualificado:

Primero, deberemos identificar el estado y autonomía del paciente, en base a eso, así actuaremos.

Si el paciente es autónomo, simplemente deberemos de estar atentos a sus pertenencias, que se lleva consigo todo. Y le brindaremos nuestra ayuda en todo lo que fuera necesario.

Y lo acompañaremos a la puerta del hospital.

También, deberemos de prestar atención a los papeles del alta, que son aquellos en los que consta el tratamiento, en el caso de que sea necesario, prescrito por el facultativo, para continuar en su domicilio.

El protocolo se alarga, si el paciente es dependiente o precisa de ayuda, ya que el celador junto con el técnico de enfermería, ayudará a vestirse al paciente, a recoger sus pertenencias y si puede deambular, ayudarle a llegar a la salida del edificio.

Si el paciente, necesitara más ayuda que la anterior, se le transportará en silla de ruedas, con las transiciones y movilizaciones pertinentes.

Y si el paciente, por sus condiciones, necesitara ayuda para montar al vehículo, se le proporcionará la ayuda necesaria.

Existen otras variantes, con el traslado del paciente, como el traslado en ambulancia, normalmente, suelen partir en camilla, por lo que deberá hacerse la transición del paciente de la cama a la camilla. Y como, es de evidencia, deberemos seguir prestando la máxima atención a los utensilios que son del paciente y que, por supuesto, debe llevarse consigo.

Destacamos, en este capítulo, que todas las funciones del celador en este protocolo, precisan de unas técnicas de movilización que no pueden ser realizadas por cualquiera.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar, la figura del celador se encuentra presente hasta el último momento del paciente en el medio hospitalario, es el último de los integrantes del equipo que tiene contacto con él.

Siempre debe asegurarse del bienestar del paciente, mostrando seguridad en todo lo que se realiza con él y para él.

Es el encargado de velar y “proteger” al paciente y su estancia.

El celador se encuentra presente en su llegada y en su marcha, es por esto, que es una figura muy importante para todo el que ingresa, porque no solo aporta técnicas, sino seguridad y estabilidad.

Por todo esto y mucho más, nunca debe subestimarse al celador y todo lo que hace por el paciente, porque, su función, es una de las más estrechas que se tiene con el paciente.

6 Bibliografía

1. Definición Alta hospitalaria (eustat.eus).

Capítulo 396

EL PINCHE DE COCINA, Y LA DIETA VEGANA

JORGE ROMERO MATEO

VANESA GARRIDO HERRERA

MARÍA NIEVES VALLE

MARTA GARRIDO HERRERA

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

1 Introducción

La alimentación vegana se caracteriza por un estilo alimenticio que excluye la posibilidad de consumir cualquier producto que provenga de un animal, ya sea carne, huevos o leche.

Podemos distinguir ciertos grupos con características similares, pero no iguales, todo dependerá de que tipos de alimentos de origen animal consumen o no: ovovegetarianos, ovolactovegetarianos, lactovegetarianos, vegetarianos estrictos y veganos. Los dos últimos son los más estrictos en cuanto a la alimentación se refieren, pero el veganismo gana a los vegetarianos, pues que los vegetarianos si consumen productos como huevos o leche, siempre y cuando esté demostrado el bienestar animal.

Al excluir de su alimentación un grupo tan grande de alimentos y con tanto aporte de macro nutrientes, sobre todo las proteínas, se debe poner especial atención a ese déficit que puede surgir. Siempre deben mostrarse alternativas, aunque

no siempre se consigue la proteína de tan valor biológico como por ejemplo la del huevo.

También, existe una vitamina, que solo se encuentra en productos animales, la llamada, vitamina B12.

Este tipo de alimentaciones, suelen excederse en fibra, y esta fibra, interfiere en la asimilación de las proteínas que obtenemos a través de los vegetales.

A continuación, hablaremos de las dietas hospitalarias destinadas a pacientes que llevan una alimentación alejada de las carnes y sus productos.

2 Objetivos

- Conocer la dieta vegana y sus ventajas e inconvenientes alimenticias.
- Identificar las funciones e importancia del pinche de cocina en la elaboración de dichas dietas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos relacionados con el caso, seleccionando artículos recomendados de la Organización mundial de la Salud y La International Vegetarian Union.

4 Resultados

A pesar de que la dieta vegana, es una manera de ver el mundo que nos rodea más sostenible, y por lo tanto, nos sentimos contribuidores de ello, no siempre es la forma más saludable de nutrirnos, o al menos al 100%.

Pero, independientemente de que estemos de acuerdo o no, el pinche de cocina, debe conocer los alimentos que puede consumir o no puede consumir un paciente vegano.

Para ello, determinaremos ciertos alimentos que si podemos incluir en una dieta vegana:

Comenzaremos con los alimentos más ricos en proteínas vegetales:

- Las legumbres: como los garbanzos, judías blancas, lentejas, etc. Y algunos de sus derivados.
- Los cereales: siendo muy importantes la avena, el amaranto, la quinoa, etc.

- Los frutos secos y sus semillas también tienen un alto índice de proteínas vegetales.

Otra gran escasez, que ya hemos comentado anteriormente, es la de la vitamina B12, y que apenas se puede encontrar en alimentos que no sean cárnicos o derivados. Su carencia, puede provocar anemia, riesgos cardiovasculares, demencias, etc. Por eso, es usual, que estos pacientes, tomen suplementos vitamínicos. Aunque, esto, es pautado por su médico.

Es por todo este déficit, entre otros micronutrientes y macronutrientes, que en el medio hospitalario, cuenta con dos grandes objetivos:

- Complacer las necesidades y preferencias de los pacientes, en este caso veganos.
- Lograr un aporte correcto de nutrientes en estos pacientes.

Es por estos objetivos, que la dieta vegana, no es tan fácil de preparar, incluso, muchos pacientes que se encuentran sumidos en el veganismo, no consumen alimentos que simplemente hayan estado en contacto con otros productos cárnicos o derivados, es por esto, que el pinche de cocina, debe tener extremado cuidado con las contaminaciones cruzadas, cuidando la higiene de los utensilios que se utilizan, intentando no poner en contacto ningún alimento que no sea de deseo del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

El Pinche de Cocina debe estar formado en conocer detalladamente este tipo de alimentación vegana y los tipos de alimentos que se consumen en ella y los que no, siempre respetando los principios de una alimentación equilibrada y que la clave de la buena alimentación vegana está en la variedad de alimentos que se deben consumir.

El Pinche de Cocina debe ser muy consciente de la sensibilidad de estos pacientes con respecto a la alimentación a base proteínas animales ya que estaría en contra de su forma de ver la vida y su relación con la naturaleza y los animales.

Capítulo 397

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR

ALFONSO GARCIA MARINA

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

1 Introducción

Dentro de los distintos servicios que se incluyen dentro de un hospital destacamos las unidades de cuidados intensivos (UCI), que son aquellas unidades donde se atienden a pacientes cuyas patologías han alcanzado un gran nivel de gravedad o severidad tal que pueden estar en un proceso que puede peligrar sus vidas, pero que en todo caso existe la posibilidad de recuperación.

Las unidades de cuidados intensivos tienen unas características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios, así como su distribución puede variar de unas a otras unidades, encontrándose algunas circulares con el puesto de enfermería en el centro y otras lineales, pero de igual manera el puesto de enfermería estaría en el centro y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes.

El celador es una parte importante dentro del equipo de esta unidad, puesto que es el punto de unión entre los diferentes servicios del hospital y por lo tanto tiene una visión global más real de cómo se puede aprovechar, tratar o enfocar cada situación buscando el mayor beneficio para el paciente y para el equipo.

Al celador se le define como personal de transporte interno y de gestión y cada día que pasa se le ve que es el punto de unión entre los diferentes servicios de un hospital.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es exponer las principales funciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

3 Metodología

Para la elaboración de 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.

4 Resultados

Las unidades en cuidados intensivos deben haber una serie de aparatos que no pueden faltar, los más habituales son:

- Carro de paradas: material necesario para situaciones de emergencia.
- Control de monitores: punto central de la UCI desde dónde se pueden visualizar todas las habitaciones y controlar las monitorizaciones.
- Monitores: cardíaco, intraarterial, de presión intracraneal, portátil, etc.
- Analizador de gasometría: analiza la sangre procedente de una arteria para conocer los gases arteriales.
- Portátil de Rayos X: realizar radiografías de cualquier parte del cuerpo.
- Desfibrilador: se utiliza para restablecer el ritmo cardíaco de los pacientes.
- Electrocardiógrafo: registra la actividad eléctrica del corazón y conocer así arritmias y lesiones cardíacas.
- Ventiladores mecánicos: mantener la respiración del paciente cuando presenta un fallo.
- Pulsioxímetro. Informa de la saturación de oxígeno del paciente.

- Bombas de infusión: suministran por vía venosa la cantidad adecuada de un medicamento.

Las funciones principales del celador de la UCI son:

- Trasladará al paciente a la UCI desde la unidad de procedencia, así como la documentación clínica de dicho paciente. Después de salir de la uci lo transportara a planta o a la unidad que sea necesaria.
- Se realizaran todas las movilizaciones y cambios posturales con ayuda de los demás sanitarios.
- Trasladará al paciente con ayuda del personal sanitario de la camilla a la cama asignada y al box que le corresponda.
- El celador transportará toda la documentación, muestras, aparatos, mobiliario, etc.
- El celador deberá de prestar atención al uniforme y utilizar el más adecuado dependiendo de las necesidades de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Deberá de tener cuidado en no realizar ruidos innecesarios en la realización de sus funciones, se debe respetar la tranquilidad de los pacientes y su bienestar ante todo.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo de las funciones del celador en la UCI son variadas y en algunos casos complejas y delicadas, pues se debe de tener cuidado con el paciente.

El celador en la UCI puede y debe aportar todo el saber hacer necesario para solventar las situaciones que allí se den, se le debe de dar al paciente un trato lo más humano posible. El celador debe de tener una buena preparación para evitar movimientos bruscos del paciente y obtener una correcta manipulación, ya que son pacientes muy complejos y se necesita evitar complicaciones.

El celador debe tener especial atención y cuidado con los protocolos de asepsia y de aislamiento ya que son fundamentales en todas las unidades de un hospital pero aún mas en las unidades de cuidados intensivos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 398

EL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

ALFONSO GARCIA MARINA

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

1 Introducción

El almacén es el área hospitalaria donde se encarga de la recepción de productos de proveedores externos, establecen un control de calidad de los mismos. Podríamos decir que es la unidad que se encarga de las compras, guardar y suministrar los productos sanitarios y no sanitarios necesarios para el funcionamiento de la actividad hospitalaria.

Para conocer la importancia del servicio de almacén de un hospital hay que tener en cuenta que se encarga del aprovisionamiento, la custodia y la distribución de todos los suministros, ya sean los relacionados directamente con la atención al paciente o sean los necesarios para el funcionamiento del hospital.

A la hora de pensar un espacio del hospital para albergar la zona de almacén, será importante tanto la ubicación de fácil acceso como el tamaño del mismo, normalmente el almacén se sitúa en un edificio anexo al hospital.

Para que el celador realice correctamente sus funciones debe conocer unos conceptos básicos, ya que para que un almacén sea eficaz, se debe optimizar el espacio siguiendo criterios de compatibilidad, la frecuencia de salida, y el tamaño. Debe conocer los sistemas de control y gestión del stock, es decir, la cantidad de los materiales almacenados. El celador debe conocer el sistema a seguir en la unidad porque es quien mueve, coloca y sirve los suministros.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer que es un almacén hospitalario y las funciones que realiza el celador en él.

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.

4 Resultados

El servicio de almacén es uno de los más importantes, en cuanto a gestión hospitalaria se refiere. Es necesario para que el funcionamiento sea eficaz y eficiente que el almacén sea un lugar organizado, bien abastecido y con una buena comunicación interna con los diferentes departamentos.

Las funciones del celador en el almacén de un hospital son:

- Recepcionar suministro y comprobar el material con el albarán de entrega. Después deben llevarlo al auxiliar administrativo.
- Vigilar entrada y salida del almacén dejando entrar solo a personal autorizado.
- Cargar y descargar los productos del almacén.
- Informar al responsable del almacén de entradas diarias de material.
- Trasladar desde el almacén mobiliario y aparatos que sean requeridos.
- Participar en el inventario general del stock del almacén.
- Hacer los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Dispensar el material que se le solicite mediante una orden firmada por el superior.

- Distribuir los productos en las estanterías. Los dejaran completamente ordenados.
- Distribuir los pedidos a las distintas áreas del hospital.
- Notificar la recepción a la unidad administrativa que le corresponda.
- Trasladar la documentación referida a entradas o salidas del material del almacén.
- Realizar inventario diario de entradas y salidas.

Un celador debe conocer las diferentes normas existentes en cuanto a la movilización de cargas, ya que las estanterías tienen unas dimensiones concretas y la mayoría de las veces son movimientos repetitivos que acaban causando daños en nuestro cuerpo, llegando a convertirse en una enfermedad laboral. Aunque hoy día existen máquinas que ayudan en gran medida a los celadores en las tareas de carga, descarga y colación de los suministros (como son grúas y carretillas) que llegan al almacén, pero también hay que saber utilizarlos, pues pueden provocar un accidente laboral.

5 Discusión-Conclusión

El almacén es un servicio esencial para el funcionamiento de un hospital ya que su ineficacia o mal funcionamiento puede afectar a la salud del paciente indirectamente.

El celador tendrá que tener muy en cuenta unos requisitos para un buen almacenamiento:

- Eficiente y eficaz aprovechamiento del espacio.
- Facilidad para el acceso y colocación del producto.
- Facilidad de control de las cantidades de almacenado.

El celador debe de ser un trabajador eficaz y responsable, debe de mantener el almacén organizado, hacer un correcto recuento de stock, un reparto adecuado de los pedidos y controlar las existencias de material mediante inventarios diarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 399

EL CELADOR Y LOS TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS

ALFONSO GARCIA MARINA

MANUEL GARCIA FERNANDEZ

MARTA TEJEDA CHUMILLAS

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DOLORES LOPEZ SAEZ

1 Introducción

Una de las funciones principales del celador es el manejo de camas hospitalarias. Éstas suelen estar compuestas por ruedas móviles en cada pata y a su vez, con un sistema de frenado. Hoy en día, hay variedad de camas hospitalarias que se adaptan a las necesidades del paciente y su dolencia, ya que en ella va a pasar un tiempo determinado.

Por ello vamos a conocer los diferentes tipos de cama hospitalaria, así como sus características y sus usos. La cama hospitalaria mas empleada es la cama mecánica articulada, habiendo otros tipos de cama que se emplean para necesidades específicas.

La cama hospitalaria también debe de tener una serie de accesorios que nos permite acoplar para facilitar las necesidades particulares del paciente, estos son:

- Soporte de suero: para perfusión.

- Barandillas de seguridad: para evitar que los pacientes agitados y niños no se caigan al suelo.
- Cuadro de tracción con triángulo (triángulo de Balkan): se emplea en pacientes con movilidad reducida inferior y parapléjicos.
- Arco metálico: evita el peso de la ropa en determinadas zonas del cuerpo.
- Soporte para los pies: es un tablero de madera a modo de tope y apoyo de los mismos.
- Soporte para la bolsa de la orina.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer los diferentes tipos de camas hospitalarias que podemos encontrarnos en un hospital, así como sus características y usos.

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.

4 Resultados

El paciente una vez que está instalado en la habitación del hospital, podemos decir que está integrado en lo que llamamos la unidad del paciente. Por lo tanto, la unidad del paciente se compone del espacio y del mobiliario mientras este ingresado.

Las dimensiones de las camas son estándar:

- Ancho: 80-90 cm.
- Largo: 190-200 cm.
- Altura: dependerá si lleva colchón o no (sin colchón 70 cm).

Los principales tipos de camas son:

- La cama metálica de somier rígido: son camas rígidas, aunque hay algunas que permiten elevar el cabecero, sin articulación.

- La cama de descanso articulada: son las camas más comunes que nos podemos encontrar. Presentan articulaciones en dos o tres segmentos permitiendo que el paciente esté mas cómodo.
- La cama ortopédica, traumatológica o de Judet: es un tipo de cama que se emplea en pacientes que sufren fracturas o parálisis en las extremidades, poseen el marco de Balkan que permite al paciente diversos movimientos.
- La cama electrocircular o de Striker: al tener los armazones circulares esta cama permite cualquier posición al paciente (vertical, horizontal, boca abajo y en ángulo). Su uso es para pacientes con alto grado de politraumatismos o grandes quemados, requieren estar inmovilizados mucho tiempo.
- La cama Rototest: esta cama mantiene al paciente en un giro continuo, luego es el perfecto para la prevención de las úlceras por presión.
- La cama de descanso pediátrica o también llamada incubadora: se emplea para los bebés prematuros, proporciona un ambiente que es beneficiosos para la mejora y así asegurar las condiciones de vida. Incorpora monitorización, temperatura y una humedad adecuadas para que el bebé esté aislado.
- Cama o mesa de exploración o potro ginecológico: cómo su nombre indica se utiliza en las exploraciones ginecológicas así como en el momento del parto.
- Cama de levitación: emplea un flujo continuo e intenso de aire lo que hace que el paciente esté en suspensión. Se utiliza en las unidades de los grandes quemados.
- Cama libro: es un tipo de cama articulada pero permite la angulación lateral, su uso es para pacientes que deben pasar largos periodos de tiempo inmovilizadas.
- Armazón para el volteo (Foster): su misión es facilitar el cambio postural que será de manera manual. Este tipo de cama está en desuso, ya que ha sido sustituida por la cama electrocircular o de Strike.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador conozca perfectamente los diferentes tipos de camas y su manejo, para así, poder realizar su tarea de la manera más adecuada y siempre buscando el beneficio del paciente.

Actualmente podemos encontrarnos en los hospitales diferentes tipos de cama, que nos pueden ayudar a tratar adecuadamente al paciente, así como sus patologías.

La cama hospitalaria forma una parte de la unidad del paciente, no es sólo parte del mobiliario sino que va a ser el lugar donde el paciente va a pasar la mayoría del tiempo y donde va a poder descansar.

Estas camas deben ser de fácil manejo y con las características apropiadas al paciente y a su tipo de dolencia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 400

TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES Y GESTIÓN DE CITAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

1 Introducción

La función del servicio de radiodiagnóstico del hospital es realizar y estudiar las pruebas radiológicas de los pacientes. Este servicio incluye personal sanitario y personal no sanitario, cada uno es importante en su función.

La recepción y admisión de pacientes en el servicio de Radiología es el área encargada de atender los requerimientos de estudios radiológicos solicitados por el especialista en atención primaria en el área correspondiente, concertando su cita presencialmente o por teléfono, hacer entrega de los resultados de estudios y explicar al usuario o paciente la preparación necesaria para llevar a cabo la realización de los estudios correspondientes.

Los Auxiliares Administrativos en la recepción de pacientes del Servicio de Radiología realizan una labor no solo administrativa sino también informativa, te-

niendo en cuenta que no sólo atenderán exclusivamente a los pacientes propios de su servicio, sino que darán la bienvenida, informarán, indicarán, y en ocasiones incluso acompañarán a los pacientes que se encuentran perdidos y desubicados (generalmente ancianos), que saben que tienen cita en el hospital pero no saben cómo llegar a la consulta, o a quien dirigirse. La atención a los pacientes con calidad amabilidad, empatía y buen trato mejorará la imagen de la institución sanitaria tanto interna como externamente, y los usuarios quedarán satisfechos por los servicios prestados.

2 Objetivos

Describir el trabajo del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes y gestión de citas en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo, se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática en los libros y también se hizo referencia a artículos en las principales bases de datos:

Pubmed, Medline, Y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: recepción, citas, explicaciones y paciente.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo en Radiodiagnóstico, en cuanto a la recepción de pacientes y gestión de citas, se pueden resumir en tres grandes bloques:

- Recepcionar y citar a los pacientes para radiografías y Ortopantomografías.
- Atender a los usuarios o pacientes de manera presencial o telefónica sobre dudas, peticiones, consultas o reclamaciones.
- Sacar listados de hospitalizados con peticiones pendientes y las exploraciones de quirófano que se realizan previas a una intervención quirúrgica programada.

1. Recepción y gestión de citas a los pacientes para radiografías y Ortopantomografías.

El trabajo del auxiliar administrativo comienza con la identificación del paciente por medio de: número de historia clínica del hospital, DNI o tarjeta sanitaria, comprobarán que la citación es correcta en día y hora, departamento, estudio diagnóstico prescrito y preparación de la prueba.

El paciente puede venir citado para realizar Ecografía, Tac, Resonancia, etc.; o no citado, en este caso se le citaría (explicaremos como se hace más adelante). El auxiliar administrativo comprobará que está informado sobre el estudio que se va a realizar y que tiene el Consentimiento informado y si lo trae firmado. Informamos al paciente sobre la Sala donde se va a realizar el estudio y le damos las indicaciones de como llegar.

Pasamos ahora a explicar una de las funciones más importantes que realiza el Auxiliar Administrativo en el Servicio de Radiodiagnóstico: la gestión de las citas.

Comenzamos señalando que una cita de Radiodiagnóstico siempre es prescrita por un Médico y que un auxiliar administrativo sólo puede modificar dicha solicitud por orden médica si se creó incorrectamente, por ejemplo, cambiando la fecha o rango. A veces sucede que el Médico especialista ordenará una radiografía urgente cuando el paciente se encontraba hospitalizado y actualmente el paciente es ambulatorio al estar dado de alta y viene a consulta para revisión, en este caso modificaríamos el ámbito para consultas y la prioridad pasaría a ser normal o preferente según nos indiquen.

Clases de citas:

- Cita pendiente: la cita que no se produjo.
- Cita pasada: cita que ya ha pasado.
- Cita cancelada (anulada): se cancela por diversos motivos (cita errónea, a petición del paciente, por orden médica, por motivos clínicos, por motivos de la institución, etc.).
- Visita: cita capturada como realizada.
- Visita no realizada: cita capturada como no realizada.

En la Gestión de citas iríamos a la pestaña de citación identificando previamente al paciente y procederíamos a citarlo estableciendo un orden:

- Centro.
- Servicio donde se va a realizar la cita.
- Prestación.
- Agenda.
- Personal.

- Tipo de peticionario: puede ser Atención Primaria, Servicios del propio centro hospitalario, Centro de especialidades, otras instituciones u otros hospitales.
- Tipo de financiación.
- Garante.

En Restricciones Adicionales tenemos:

- Fecha de indicación: que generalmente determinada por el Médico solicitante o por defecto la fecha del día actual.
- Fecha de búsqueda: la fecha que el Médico quiere que citemos al paciente, en ocasiones el paciente solicita una fecha posterior a la especificada por el médico (por motivos profesionales, familiares, de viaje, etc.).
- Fecha fin: utilizada para buscar huecos en un rango de fechas.
- Hora inicio: busca huecos de citas a partir de la hora concreta indicada.
- En el día localiza huecos en el día indicado.

Una vez cumplidos los criterios de búsqueda anteriores, podemos buscar espacios de forma automática o manual (elegimos el hueco de la cita). Caso de no darle cita al paciente porque sea para una fecha en la cual no estén abiertas las Agendas o ser un Control a realizar en años posteriores, incluiríamos al paciente en Lista de Espera para pruebas diagnósticas.

En la Configuración seleccionamos la modalidad de Citación:

- Citación automática.
- Citación de sesiones.
- Citación genérica.
- Listado de citas.
- Citación múltiple.
- Citación por paquetes.
- Citación por Agenda, habitualmente es la más usada en Radiología.

Después de elegir la cita, la confirmamos y pasamos a la ventana de Configuración de Citación, la cual se divide en 3 módulos:

1. Huecos obtenidos: informa de la cita seleccionada y que vamos a confirmar. Información dividida en:

- Motivo de demora: se activa si no escogemos el primer hueco disponible.
- Tipo de aviso paciente: lo habitual es que sea por teléfono en el Servicio de Radio-diagnóstico es lo más frecuente, también puede ser por carta, citación personal cuando el paciente lleva el volante de citación que le damos.
- Peticionario: es campo obligatorio en el elegimos el Servicio o Centro que ha solicitado la cita.

- Médico peticionario: también campo obligatorio en el que elegimos el Médico que solicitó la cita.
- Impresión de documentos nos da diferentes opciones:
- Imprimir: imprime el volante que acabamos de citar.
- Todas las citas: imprime todas las citas que se le dieron al paciente en el día actual.
- Dejar como pendientes: dejamos pendiente dicha cita si se va a seguir citando.
- Notas: escribimos cualquier tipo de información asociada a esa cita. Ejemplo: “por orden médica (Dr. X) se cita con sobrecarga para el día de hoy”.

Aceptamos y aparece la ventana de Confirmación de Cita, si el paciente tiene cita ese día en la misma Agenda y con el mismo servicio o especialidad nos aparecerá un mensaje de aviso para que podemos revisar su cita. Si todo está en orden, confirmaremos la cita aceptando y aparecerá la pantalla de cita correcta, aceptaremos y daremos por finalizada la cita o si marcamos la casilla de verificación Continuar Citando podríamos seguir citando cualquier otra prueba que tuviese que realizar el paciente en Radiodiagnóstico.

2. Atender a los usuarios o pacientes de manera presencial o telefónica sobre dudas, peticiones, consultas o reclamaciones.

Una de las cosas que suele hacer un auxiliar administrativo muy frecuentemente en la Recepción de Radiología es imprimir Justificantes de Asistencia cuando el paciente o su acompañante lo solicitan. Estos justificantes se imprimen tanto para el paciente como para el acompañante, caso de que el paciente sea menor de edad, o personas adultas con problemas de movilidad, edad avanzada o con algún tipo de discapacidad física o psíquica.

Generalmente la mayor parte de las citaciones en Recepción de Radiología son las Radiografías, Ortopantomografías, Telerradiografías (Columna total, Mensuración de miembros, Test de Bending), también Radiografías para determinar la edad ósea. Sacamos también pegatinas de pacientes para la Sala que lo solicita. Las especialidades que abarcan las Agendas son: Tórax, Digestivo, Músculo-esquelético. Neuro y Genitourinario.

3. Sacar listados de hospitalizados con peticiones pendientes y las exploraciones de quirófano que se realizan previas a una intervención quirúrgica programada.

Otra tarea de los auxiliares administrativos es imprimir a 1ª hora de la mañana (antes de las 8:00 horas) y a lo largo de la jornada laboral varias veces el Lis-

tado de Hospitalizados con peticiones pendientes ya sean estudios radiológicos o exploraciones de quirófano previas a una intervención quirúrgica de pacientes hospitalizados, el último listado se saca sobre las 14:00 horas. Normalmente los pacientes hospitalizados se citan para hacer en las Agendas de Tarde y caso de no poder bajar el paciente debido a su condición clínica, se hacen como Radiografía portátil en su habitación, en este caso así subiría el personal con el equipo de Rx portátil para su realización en planta. En cuanto a las Exploraciones de quirófano previas a una intervención quirúrgica norm se citan para realizar a primera hora de la mañana del día siguiente (a las 8:00 horas), a veces sucede que el paciente está en el antequirófano y el estudio radiológico solicitado es previo a la intervención quirúrgica para ampliar información radiológica.

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar Administrativo en la Recepción de pacientes en Radiodiagnóstico es una pieza clave para el buen funcionamiento del Servicio, si bien una de sus principales funciones es la correcta atención al paciente, no menos importante es también a la hora de citar para que los radiólogos, los técnicos, el equipo de Enfermería, los auxiliares de Enfermería, los celadores puedan trabajar, esto unido a la atención telefónica y los trámites administrativos propios del trabajo que desarrollan facilitan el trabajo del equipo para que todo funcione con calidad, eficiencia y eficacia.

Por lo tanto debemos considerar la gran importancia del trabajo del Auxiliar Administrativo en la Sanidad, ya que, cualquier tarea administrativa pasa por sus manos, por lo que la organización del centro depende en buen grado de su trabajo.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
2. Proyecto SIAI, Manual de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón).

Capítulo 401

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN VERBAL EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA PRESTADA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN CENTROS SANITARIOS

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

1 Introducción

La atención telefónica es uno de los principales servicios que desarrollan los auxiliares administrativos en los centros sanitarios por lo que es imprescindible que todos los profesionales reciban una formación adecuada para desarrollar las habilidades comunicativas necesarias para realizar su trabajo de forma eficaz.

Una de las funciones principales desarrolladas por los auxiliares administrativos que prestan servicios en los centros sanitarios es la atención a los usuarios.

La atención telefónica tiene la particularidad de ser de carácter inmediato. La comunicación se realiza íntegramente a través de la palabra, por lo que es fundamental el mensaje que se comunica y, sobre todo, nuestra voz.

Éste deberá ajustarse a las circunstancias de la conversación, vocalizando y a un ritmo más lento que cuando la atención es cara a cara.

Sin embargo, esta atención se ha venido realizando tradicionalmente de manera presencial, pero con el inicio de la pandemia de Covid-19, debido a las posteriores restricciones impuestas por las autoridades, se ha fomentado la atención no presencial, en concreto la atención telefónica, para así evitar desplazamientos y la saturación de los centros sanitarios.

Como se establece una relación continua y cercana entre los usuarios o pacientes del sistema de salud y los auxiliares administrativos, es necesario desarrollar herramientas de comunicación entre ambas partes que mejoren la calidad de los servicios en el futuro. Calidad en el servicio brindando y creando un ambiente de respeto mutuo y confianza.

2 Objetivos

- Identificar las barreras de comunicación que surgen entre los usuarios y los auxiliares administrativos durante la prestación de los servicios telefónicos en los centros sanitarios.
- Establecer las pautas satisfactorias de atención telefónica para reducir la insatisfacción de los usuarios.

3 Metodología

Además de una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 revisadas.

Búsqueda de información a partir de palabras clave, consulta de páginas web de interés, búsqueda de publicaciones científicas en plataformas especializadas como Dialnet.

4 Resultados

Identificar las barreras comunicativas que se interponen entre los usuarios y los auxiliares administrativos durante el proceso de atención telefónica en los cen-

tros sanitarios.

La atención telefónica se ha convertido en una herramienta muy efectiva en el trabajo diario de un auxiliar administrativo del ámbito sanitario, ya que vez más usuarios solicitan una atención accesible de forma inmediata y accesible sin necesidad de desplazarse desde su domicilio al centro sanitario (especialmente a los centros de atención primaria).

Esto se debe a una serie de razones, como la generalización de todo tipo de trámites por medios electrónicos, y las restricciones impuestas desde el inicio de la pandemia de Covid-19 que limitan el acceso de los ciudadanos a los servicios públicos de forma presencial, así como a condicionantes personales de los propios usuarios. Por ejemplo, muchos de ellos son mayores, tienen movilidad reducida, y que tienen serias dificultades para desplazarse a los centros sanitarios, por lo que el servicio telefónico les resulta muy útil para resolver dudas o gestionar determinados trámites sin tener que reunirse personalmente.

En cualquier caso, cabe señalar que el servicio telefónico no puede sustituir por completo al servicio presencial, pero puede servir como complemento del mismo, facilitando el día a día de los profesionales y pacientes. Así como acelerando la relación entre ellos.

Establecer las pautas para una atención telefónica satisfactoria que reduzca la insatisfacción de los usuarios, así como la presentación de quejas y reclamaciones.

Por todo lo comentando en los apartados anteriores, los auxiliares administrativos como profesionales deben de tener mucho cuidado a la hora de realizar llamadas telefónicas a los pacientes, prestando especial atención a las siguientes recomendaciones:

1. Previas a la llamada:

- Mantener una postura cómoda en el asiento, con el cuerpo relajado.
- Asegurarnos de que dispondremos del tiempo necesario para realizar la llamada sin que se produzcan interrupciones para poder prestar la atención requerida por nuestro interlocutor.
- Ser previsor y tener a mano el material que podamos necesitar durante la llamada: papel y bolígrafo para tomar notas, números de teléfono o direcciones de correo electrónico de uso frecuente para los usuarios, etc.
- Cuando recibamos una llamada es muy importante no dejar sonar el teléfono durante demasiado tiempo, preferiblemente no más de dos tonos, pues las esperas generan una gran frustración en los usuarios y un sentimiento de incompetencia

hacia los trabajadores.

2. Durante la llamada:

- Al inicio de la llamada es necesario presentarse, identificar el servicio desde el que se hace o se recibe la llamada e identificar al usuario. En este sentido, es muy aconsejable crear un saludo estándar que podamos usar en todas las llamadas.
- Utilizar un tono de voz cálido y amable, que genere sensación de cercanía (es la llamada sonrisa telefónica): tiene múltiples ventajas pues favorece el establecimiento de un clima de confianza y respeto mutuos, y a su vez tranquiliza a los usuarios que en muchas ocasiones llaman nerviosos, preocupados o enfadados.
- Prestar atención a la entonación para que no resulte monótona, ya que puede dar al interlocutor una sensación de falta de interés por nuestra parte.
- Mantener una escucha activa para que el interlocutor sea consciente en todo momento de que le estamos escuchando y estamos entendiendo su solicitud.
- No interrumpir y dar espacio a los silencios.
- Tratar de hablar y pronunciar las palabras correctamente, hablar a un ritmo adecuado sin mostrar pereza o prisa por terminar la conversación.
- Emplear un vocabulario accesible para todos los usuarios (evitando tecnicismos), así como adecuado (excluyendo fórmulas o comentarios de corte racista o sexista).
- Proporcionar información concisa y precisa, evitar la subjetividad y los malentendidos. Si es necesario, debemos repetir la información tantas veces como sea necesario para asegurarnos de que nuestro interlocutor comprende completamente el mensaje. Por ejemplo, en una cita médica, es recomendable repetir la fecha, hora y lugar antes de finalizar la llamada para que sea fácil de recordar para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se ha potenciado la incorporación de las nuevas tecnologías como herramienta imprescindible para el trabajo de los auxiliares administrativos. Al mismo tiempo, estas herramientas han facilitado nuestro trabajo, convirtiéndose en un factor de deshumanización del conjunto de la sociedad, fenómeno que el sistema sanitario no puede ni debe ignorar.

Es por ello que como profesionales debemos ser extremadamente cuidadosos en nuestro trato diario con los usuarios, eliminando todas aquellas barreras que nos impiden establecer con los pacientes unas relaciones comunicativas fluidas y basadas en la confianza y el respeto entre ambos, pues la calidad de los servi-

cios prestados y la satisfacción de los usuarios va a depender en gran medida de nuestra capacidad de empatía.

6 Bibliografía

1. Monsalve Saiz, M., Peñalba Citores, A., Lastra Gutiérrez, S. (2013). La consulta telefónica en Atención Primaria, ¿está justificada?, Revista Pediatría en Atención Primaria, Vol. 15 N° 60.
2. Zardoya Cabo, E. (2021). Decálogo sobre promoción de la salud en Atención Telefónica. Cuadernos de atención primaria, Vol. 27, N°1, pp. 18-20.
3. March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial, 32 (5), pp. 245-247.

Capítulo 402

EL CELADOR EN EL DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS CORRECTAS DE TRANSFERENCIA Y MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

EVA MENCÍA MORENO

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

La mayoría de las veces los pacientes que se encuentran hospitalizados, requieren de ayuda para la deambulación, para moverse, o para trasladarse de camastillón. Los pacientes más demandantes son las personas de edad avanzada, pacientes que tienen movilidad reducida por una enfermedad, o pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente.

Las funciones del celador son muchas, y vienen recogidas en el estatuto del personal no sanitario en instituciones sanitarias, entre ellas la que más se realiza es la transferencia y movilización de los enfermos.

-Entendemos como movilización, al movimiento que se ejerce sobre el paciente en una superficie, pueden ser cambios posicionales, o de situación, por ejemplo, giros en la cama.

Las movilizaciones podemos clasificarlas en pasivas y en activas.

La movilización activa es aquella, que realiza el paciente por sí mismo, y la movilización pasiva es aquella que la realiza los profesionales que trabajan en el entorno hospitalario.

Podemos encontrar varios aparatos que nos ayudan a realizar este tipo de movilizaciones, y así evitar que nos lesionemos, algunos de ellos son:

- Grúas: este aparato no sirve para trasladar a los pacientes de la silla a la cama o viceversa, sin necesidad de realizar ningún esfuerzo físico, podemos encontrar de tres tipos: hidráulica, mecánica y eléctrica. Para movilizar al paciente se debe de poner un arnés, que tiene una manera específica de ponerlo para evitar cualquier tipo de accidente.
- Transfer: este material consiste en un plancha rígida que esta formada por material antideslizante, sirve para trasladar al paciente de una camilla a otra, se introduce el transfer debajo de la sábana y se estira de la sábana que se desliza con facilidad gracias al transfer.
- Trapecio de cama: consiste en un accesorio que se le añade a la cama, tiene forma de triángulo, y se pondrá a la altura correcta para que el pueda moverse. Este accesorio se utiliza más en las movilizaciones activas, ya que sirve para proporcionarle mayor autonomía al paciente.
- Discos giratorios: este disco tiene rotación en ambos sentidos, sirve para ayudarnos en el traslado de la cama a la silla.

2 Objetivos

- Conocer e identificar cuáles son las diferentes técnicas de movilización más correctas.
- Describir como se movilizan a los pacientes dentro de el servicio de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliografica consistente, consultando las bases de datos más relevantes: Google Scholar, Scielo, Pubmed, Medline.

También se han consultado libros con literatura científico sanitaria, en referencia a las movilizaciones que realizan los celadores en el ámbito hospitalario.

4 Resultados

Una de las funciones que más desempeña el celador en los centros hospitalarios es la ayuda a la movilización de los pacientes siempre que sea necesario. Antes de movilizar a cualquier paciente el celador debe de preguntar las pautas que el médico a estipulado, ya que puede ser que este en reposo absoluto, y a este no se le pueda movilizar por petición médica.

Existen diferentes técnicas la hora de movilizar los pacientes, a continuación nombraremos algunas de ellas:

Para poder trasladar al paciente de la camilla a la cama, ya bien sea porque se realizado pruebas diagnósticas, por cambiarlo a la mesa de operaciones, por trasladarlo de la camilla de la ambulancia a la cama, o porque vaya a ingresar en el hospital y se cambie de una cama a otra, siempre utilizaremos el transfer, y se colabora en equipo uno se ocupara de la cabeza y los demás se reparten a ambos lados, se pondrá el transfer debajo de la sábana y se tirará de ella con todo el equipo debidamente coordinado

Otra técnica de movilización puede ser cuando tenemos que trasladar al paciente de la silla a la cama, en este caso debemos de saber si el paciente se puede movilizar por orden médica, y cuanto colabora este.

En el caso de no colaborar, deberemos de ayudarnos con la grúa ya que esta nos servirá para poder movilizarlo y no causarle ningún daño ni a los pacientes ni a nosotros mismos.

A la hora de realizar movilizaciones, en la mayoría de hospitales se cuentan con camas articuladas, estas nos ayudarán a realizar el trabajo de una manera más fácil.

Para desarrollar todo este tipo de técnicas existen varios principios de la mecánica corporal, esto servirá para protegernos de tener posibles lesiones, y es necesario que todos los celadores lo conozcan, para un correcto desarrollo de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar, existen diferentes técnicas para movilizar a los pacientes de un lugar a otro. En el caso de que colaboren los pacientes se denominan activos, y solo necesitarán de nuestra supervisión en el caso de estar convalecientes. En el caso de no colaborar, se denominan pacientes pasivos, en este caso tanto el personal sanitario como el no sanitario se encargará de movilizar a estos pacientes siempre que sea necesario.

Debemos de tener en cuenta a la hora de realizar las movilizaciones, tener una buena higiene postural, ya que esto puede prevenir que en el mismo momento o incluso en un futuro suframos de lesiones, por realizar los movimientos de una manera inadecuada y brusca.

6 Bibliografía

1. <https://fisiostar.com/celador/dispositivos-y-materiales-para-ayudar-en-la-movilizacion-de-pacientes>.
2. <https://Medline/la-movilizacion-de-pacientes-principios-generales-mecanica-corporal>.
3. <http://www.personalnosanitario/movilizaciones.htm>.

Capítulo 403

LAS FUNCIONES QUE TIENE EL CELADOR EN EL SERVICIO ESPECIAL DE QUIRÓFANO

NURIA GÓMEZ DE LAS MOZAS

EVA MENCÍA MORENO

CRISTINA FLORINA GRAMA

1 Introducción

Las funciones que desarrolla el celador vienen correctamente recogidas en el estatuto del personal no sanitario que trabaja en instituciones hospitalarias.

El celador es un profesional más que compone un equipo multidisciplinar, junto con el médico, anestesta, enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Entendemos por quirófano a la sala donde se realizan los procedimientos quirúrgicos, en los hospitales se disponen de diferentes quirófanos estos están adecuados y diseñados para cada tipo de intervención quirúrgica y para las diferentes especialidades médicas.

El bloque quirúrgico además de componerse de los quirófanos, también contará con la sala de reanimación, allí irán los pacientes para recibir el post-operatorio y el pre-operatorio.

El celador es el encargado de recoger a los pacientes de su habitación y trasladarlos hasta la sala de reanimación donde le realizarán los procedimientos preoperatorios.

Cuando el celador vaya a recoger al paciente de la habitación deberá de identificarlo correctamente, y trasladar la documentación necesaria hasta el quirófano. Una vez que la intervención quirúrgica ha terminado y el paciente ya ha salido de la sala de reanimación, y anestesia nos da paso para subirlo a la habitación, será el celador el encargado de trasladarlo hasta la misma, acomodándolo como sea necesario junto con el equipo que se encuentre en planta en ese momento.

2 Objetivos

Describir cuáles son las funciones del celador en el servicio especial de quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas de las funciones que desarrollan los profesionales no sanitarios, celadores, se van a describir a continuación:

- Cuando se este dentro de quirófano y se vaya a proceder a realizar una intervención quirúrgica el celador ayudará al equipo a realizar todo lo que se le quiera.
- Será el encargado de movilizar todo el aparataje necesario para dicha intervención, así como los aparatos de radiodiagnóstico, como los de laparoscopia o el arco quirúrgico.
- Ayudará al equipo de anestesia, al procedimiento, ya que algunas técnicas requieren que el paciente permanezca lo más quieto posible, para que así la anestesia haga efecto.
- Junto con el equipo especializado, ayudará a la colocación del paciente en la mesa de quirófano, movilizándolo, y poniendo todos los accesorios que se necesitan.
- Cuando se este realizando una intervención quirúrgica el celador permanecerá en el antequirófano, y así en el caso de ser requerido por algún profesional deberá de entrar y ayudar en todo lo que necesiten.

- En el caso de que exista un fatal desenlace como la muerte, serán los encargados de trasladarlo hasta el mortuario
- En las intervenciones de amputaciones de miembros el celador, será el encargado de transportarlo hasta el mortuario donde luego lo incineran.
- Una de las funciones más específicas que tiene el celador en el servicio de quirófano es la de rasurar, ya que todos los pacientes que entren en el quirófano a realizarse una intervención deben de llevar la zona rasurada para evitar infecciones. En el caso de no ser así, el celador será el encargado de realizar dicho procedimiento, siempre rasurarán a los enfermos masculinos.

Para realizar el procedimiento de rasurado se necesitará:

- Guantes desechables, jabón, batea, maquinilla desechable, esponja jabonosa, toallas, esparadrapo, tijeras.

Una vez que el paciente ha terminado la intervención quirúrgica, saldrá del quirófano y se dirigirá a la sala de reanimación para recibir los cuidados postoperatorios, cuando anestesia lo decida, este podrá subir de nuevo a la habitación, en el caso de necesitar cuidados intensivos por ser una intervención larga y complicada, se llevará a dicha área.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar la función que desempeña el celador en el servicio especial de quirófano es muy importante. Será el encargado de trasladar al paciente al quirófano, pasando antes por la sala de reanimación a que le realicen los cuidados preoperatorios. Una vez que esta dentro de quirófano, se le colocará de la manera que los médicos especialistas nos digan, se ayudará al equipo de anestesia para realizar los procedimientos de una manera correcta.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en quirófano y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Internet. 2003. Acceso Noviembre 2009. Disponible en: Servicio Andaluz de Salud-Publicaciones. Diccionario Mosby de Enfermería y Ciencias de la Salud. Ed. Hartcourt. 5ª Edición www.MedlinePlus.com/celador/quirófano/funciones.

Capítulo 404

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN DE BOLSA DE TRABAJO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARIA JUANA PIQUERAS TEBAR

1 Introducción

La constitución de bolsas de trabajo, es la herramienta de que se sirve la empresa pública para la realización de la selección tanto del personal funcionario interino como del personal laboral temporal. Se formaliza diferenciando por escala, cuerpo, categoría profesional o especialidad.

El Decreto 90/2006, de 4 de julio de 2006, es el encargado de regular la selección y gestión de las bolsas de trabajo de funcionarios interinos en Castilla-La Mancha.

Cabe también en esta introducción, hacer referencia al art. 7 del Decreto 90/2006, que textualmente apunta lo siguiente “ La gestión de las bolsa de trabajo correspondientes a puestos comunes a toda la Administración, competará a la Dirección General competente en materia de función pública, y la de las configuradas para el desempeño de puestos que total o mayoritariamente estén adscritos a una Consejería u Organismo Autónomo, corresponderá al órgano competente en materia de personal de cada uno de ellos”

Se entiende por bolsa de trabajo, el “sistema para cubrir vacantes tanto en empresas públicas como privadas, según un orden de preferencia previamente definido por unos parámetros objetivos y normalmente negociados colectivamente”

La composición de las bolsas está formada por el conjunto de aspirantes de procesos selectivos de correspondientes ofertas de empleo público por el sistema general de acceso libre y por el de acceso de personas con discapacidad.

La labor de los auxiliares administrativos en el departamento de admisión de bolsa de trabajo, se realiza en los edificios de Atención Especializada y Hospitales locales y comarcales de la Comunidad Autónoma de que se trate; y para la realización de sus tareas, se requiere un gran nivel de eficacia y eficiencia por parte de estos profesionales.

Por otro lado destacar la exigencia de la máxima discreción, responsabilidad y confidencialidad en el desarrollo de sus funciones de estos profesionales, a la hora de realizar sus tareas, pues manejan datos especialmente sensibles, confidenciales y con alto nivel de protección como son los datos personales de los candidatos que obran en su poder, tales como domicilios, nº de teléfonos, titulaciones, declaraciones de discapacidad, nº de DNI, etc.; siendo responsables tanto de los datos y documentación que manejan, como del tratamiento que de los mismos realicen.

2 Objetivos

Exponer las tareas del auxiliar administrativo en el departamento de admisión de bolsa de trabajo en atención especializa.

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

Las bolsas de trabajo, cubren de manera temporal los requerimientos de personal derivados de necesidades temporales de contratación.

Tras el análisis de la recapitulación de la información obtenida en la realización del presente capítulo, seguidamente pasamos a detallar y analizar las tareas el auxiliar administrativo al servicio del departamento de admisión de bolsa de trabajo:

- Despacho, atención, recepción de candidatos a inscripción de bolsa de trabajo, tanto personalmente como a través de vía telefónica o correo electrónico. Para el correcto desempeño de esta función, el auxiliar administrativo al servicio del departamento de la bolsa de trabajo, debe ofrecer un carácter empático, practicar la escucha activa, debe tener capacidad resolutoria y habilidad de resolución de conflictos y toma de decisiones con cierta autonomía ante las posibles dificultades que puedan plantearse
- Comprobación de la documentación recibida. Además de la autenticidad de la documentación recibida, se debe comprobar su vigencia, y que se ajusta a la categoría que solicita el candidato para su inscripción en bolsa.
- Registro y archivo de documentación. Se debe proceder al registro y posterior archivo de la documentación recibida conforme a los cánones y especificaciones del departamento, y observando en todo momento los derechos de los candidatos a un determinado puesto de trabajo. El procedimiento será distinto dependiendo de que el candidato ya esté anteriormente inscrito o no en bolsa, abriendo nuevos expedientes de archivo para candidatos no inscritos anteriormente, o anexando información a los expedientes de candidatos ya existentes en la base de datos.
- Validación de la documentación.
- Baremación documental. En función de las normas y especificaciones del Pacto, y la puntuación establecida para formación académica, formación continua, por realización de servicios, por docencia, o por investigación, etc.
- Conocimiento y ágil manejo de las aplicaciones y programas informáticos utilizados en el departamento, para el registro de datos. Será necesario un continuo proceso de formación y reciclaje a fin de estar lo más actualizado posible, hecho que posibilitará el correcto desempeño del puesto de trabajo de este profesional. A este respecto decir que desde la Administración se les plantea a sus trabajadores en activo una continua oferta formativa gratuita y con posibilidad de puntuación por formación continua en bolsa.

5 Discusión-Conclusión

Procederemos a la conclusión de este capítulo de investigación, diciendo que, dado las especiales características del puesto de trabajo de auxiliar administrativo

- en el departamento de admisión de bolsa de trabajo, este profesional deberá:
- Recibir formación específica al puesto de trabajo continua y suficiente, así como su periódico programa de reciclaje
 - Conocer y observar la normativa vigente que regula su puesto de trabajo, con especial atención a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, dado que maneja datos especialmente sensibles, como son los datos personales de los candidatos, con un alto nivel de protección.
 - Asegurarse de que datos que incorpore al sistema, sean veraces, exactos y actualizados
 - Tener carácter empático y practicar la escucha activa, a la hora de la recepción de candidatos, ya sea personalmente en las instalaciones donde desarrolle sus funciones, como de manera telemática.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
2. Decreto 90/2006, de 04 de julio de 2006, sobre selección y gestión de bolsas de trabajo de los funcionarios interinos. <https://noticias.juridicas.com>
3. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril
4. Ley 55/2003 de 36 de diciembre. Estatuto Marco, título II, art. 7. Definición auxiliares administrativos
5. Cuestiones laborales. “Como funcionan las bolsas de empleo o trabajo, (2021), <http://www.cuestioneslaborales.es/como-funcionan-las-bolsas-de-empleo-o-trabajo>.

Capítulo 405

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO Y EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

LAURA DÍAZ GARCÍA

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

El término de enfermedad profesional está regulado en el art 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el cual se aprueba el escrito refundido de La Ley Gral. de la seguridad Social. Dicho artículo viene a mencionar que se entenderá por enfermedad profesional, la contraída a efecto del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las labores que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales, y que se encuentre provocada por la acción de los recursos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

El Cuadro de enfermedades profesionales ha sido aprobado por el Real Decreto 1299/2006. Incluye una lista de enfermedades reconocidas como profesionales y los trabajos y sustancias que exponen al peligro de contraerlas. En este cuadro, las patologías profesionales más frecuentes en el personal de auxiliar administrativo,

se recogen en el Anexo I, Conjunto 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

El túnel carpiano es un paso estrecho de ligamentos y huesos en la base de la mano que contiene nervios y tendones, cuando el engrosamiento de los tendones inflamados u otras estructuras hinchadas estrechan el túnel y causan compresión de los nervios, es decir, cuando el nervio mediano, a su paso por la muñeca, queda comprimido, afectando la sensibilidad y la actividad motora de la mano, aparecen los síntomas, a medida que empeoran, puede llegar a ser una tarea complicada el sujetar un objeto por ejemplo.

Las causas que provocan esta enfermedad son múltiples, y están relacionadas, tanto con el estado de salud previo, como, con el tipo de trabajo que se realiza. El diagnóstico, se realiza mediante la observación de los síntomas, aplicando los test de Phalen y Tinel-Hoffman, o pruebas como la Electromiografía. No es una enfermedad grave, pero sí que menoscaba la capacidad del paciente para manipular objetos.

Es muy habitual que el auxiliar administrativo del ámbito sanitario, durante el desarrollo de sus tareas, de manera inconsciente adopte una postura incorrecta al utilizar el teclado o el ratón dando lugar a la aparición de éste síndrome. Este síndrome aparece con mayor frecuencia en el sexo femenino, según estudios, la probabilidad de aparición en las mujeres es tres veces mayor que en los varones y en las personas de mediana edad o avanzada.

2 Objetivos

- Identificar la dolencia del Síndrome del túnel carpiano, describiendo los factores que perjudican de esta enfermedad.
- Explicar las formas de prevención del túnel carpiano entre el personal administrativo sanitario.

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 bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Atendiendo a datos de Instituto Nacional de seguridad y salud en el trabajo, el síndrome del túnel carpiano afecta especialmente a la mano dominante que suele ser la derecha, ya que existen más personas diestras que zurdas y se caracteriza por un dolor, entumecimiento, hormigueo, insensibilidad, y adormecimiento de la cara palmar del pulgar, índice, medio y anular, además afirman que los pacientes sufren una mejoría momentánea cuando realizan un movimiento de sacudida de la mano.

No en todas las fases es igual, este síndrome se presenta en una fase inicial con pequeñas molestias, posteriormente el paciente podría notar que sus dedos se vuelven más débiles y torpes o incluso que tiene un menor agarre de los objetos, todo ello es asociado a adoptar posturas forzadas, a levantar o mover cargas pesadas, realizar una fuerza importante con las manos, mantener durante largos periodos de tiempo la misma postura y la realización de movimientos repetitivos de manos o de brazos, en las fases avanzadas de la enfermedad se puede apreciar trastornos del movimiento para acciones cotidianas, atrofia, es decir, pérdida de la masa muscular y por consiguiente disminución del tamaño del mismo e incluso el conocido fenómeno de Raynaud que se trata de espasmos vasculares producidos por movimientos repetitivos.

El túnel carpiano, aunque puede tener otros orígenes, (Hipotiroidismo, Artritis reumatoide, Alcoholismo/malnutrición, Obesidad, Adelgazamiento intenso rápido, Embarazo, Menopausia, etc.), es uno de los principales riesgos derivados del desarrollo de tareas que requieren movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca o de aprehensión de la mano, o por tener la mano en la misma posición durante periodos prolongados de tiempo.

Este tipo de movimientos, tan comunes en el desempeño de las tareas cotidianas del auxiliar administrativo sanitario, genera inflamación de los tendones con el consiguiente trastorno que se origina tanto para el trabajador que con el tiempo le aparece una patología que ha de ser tratada y puede generar ausencias laborales, además puede llegar a afectar a la sensibilidad y la fuerza de las manos, y habitualmente afecta a una mano pero pueden verse afectadas ambas.

Existen una serie de medidas que pueden ayudarnos en la prevención de este trastorno tan doloroso:

- Realizar ejercicios de extensión de las muñecas y los dedos.
- Evitar levantar cosas pesadas, a no ser que sea extremadamente necesario. En caso de hacerlo se debe contar con los elementos de seguridad necesarios para

proteger las muñecas.

- Efectuar descansos cuando se realizan movimientos repetitivos como el uso continuado del teclado y el ratón.
- Prescindir de relojes o pulseras demasiado apretadas en la zona de la muñeca.
- A la hora de dormir, no hacerlo con las muñecas dobladas o debajo de la cabeza, intentar mantenerlas libres de presión.
- Adaptar ergonómicamente en el puesto de trabajo para conseguir una correcta posición de las muñecas y antebrazos (almohadillas acolchadas en las que apoyar, intentar guiar el ratón con movimientos desde el codo).
- Consultar al médico ante los primeros síntomas el tratamiento temprano, tanto a nivel postural como de hábitos fundamental para frenar el progreso de esta dolencia.
- Lleva una vida sana el sobrepeso puede incrementar el riesgo de padecer esta enfermedad.

La jornada de trabajo del personal auxiliar de administración del entorno sanitario se desarrolla en torno al uso continuado del equipo informático junto con el ratón, por lo que se hace muy necesario tenerlo en cuenta y procurar aliviar en la medida de lo posible el uso tan repetitivo de manos y muñecas. Es una enfermedad multifactorial, siendo las siguientes causas las siguientes:

1. Causas de salud:

- Enfermedades inflamatorias, como el reuma, la artritis.
- Constitucionales, por ejemplo tener el túnel carpiano muy estrecho.
- Enfermedades metabólicas, como la diabetes, la obesidad.
- Efectos secundarios de algunos medicamentos, por ejemplo, los anticonceptivos.
- Cambios hormonales, como pueden darse, durante el embarazo, o en la menopausia.
- Antiguas lesiones, como, fracturas, luxaciones o esguinces en la muñeca.
- Infecciones agudas de la mano.

2. Causas laborales:

- Adoptar posturas incómodas o dolorosas, con manos o brazos.
- Levantar o mover cargas pesadas. -Falta de ergonomía en el puesto de trabajo.
- Realizar movimientos repetitivos, forzados, de presión o pinza, de modo continuado.
- Apoyar el talón de la mano, de modo prolongado o repetidamente, sobre superficies, duras o con aristas.

5 Discusión-Conclusión

Existen múltiples factores de riesgo que afectan al auxiliar administrativo y a su productividad en el trabajo, así como a nivel físico y de salud en general. Es por ello que se han de tener en cuenta los distintos aspectos que inciden en dichas problemáticas, y evitar en el caso que nos ocupa, llegar a padecer el Síndrome del Túnel Carpiano, la cual es una enfermedad evitable, se puede y se debe prevenir, por lo que el trabajador debe estar atento a los primeros síntomas de la enfermedad y una vez que estos aparecen, debe de solicitar en cita médica cuanto antes.

En las labores del auxiliar administrativo, se produce frecuentemente, ya que el desarrollo de su actividad laboral implica estar delante de un ordenador la mayor parte del tiempo, realizando constantemente movimientos repetitivos, ya sea con el teclado o el ratón, estando así mismo comprobado, según estudios científicos, que con el transcurso de los años de trabajo los trastornos músculo-esqueléticos van en aumento.

La adopción rigurosa de las medidas preventivas que hemos visto, junto con un mobiliario ergonómico adecuado/adaptado, así como elementos informáticos y equipamientos en general que favorezcan el desarrollo de una jornada laboral que permita minimizar el riesgo de lesión para el personal administrativo, redundarán en beneficio de ambas partes. Por un lado, el número de trabajadores que se lesionen será mínimo, lo que permitirá que no sea necesario disponer de recursos extra para cubrir bajas por enfermedad laboral.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
2. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el cual se aprueba el escrito refundido de La Ley Gral. de la seguridad Social.
3. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores Google: auxiliar administrativo en el ámbito sanitario y túnel carpiano, definición y causas del túnel carpiano.
4. <https://agsgraduados.es/es/es-el-sindrome-del-tunel-carpianounaenfermedad-profesional/>.
5. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/síndrome-del-túnel-carpiano/>.

6. <https://revistamedica.com/sindrome-tunel-carpiano-auxiliaresadministrativos/>.

Capítulo 406

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LAS HISTORIAS CLINICAS.

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

LAURA DÍAZ GARCÍA

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

Corresponde a la unidad administrativa en los centros de atención primaria o consultorio incluyen, la apertura de historias clínicas a los pacientes que acuden por primera vez al centro, extracción de historias clínicas y entrega de documentación clínica al usuario solicitante.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, tiene como función la recogida de toda la información clínica transcendental generada en el proceso asistencial recibido por el paciente, que incluye las pruebas realizadas, el tratamiento aplicado y los profesionales que le han atendido. Está regulada por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre y se configura como el conjunto de datos que se van generando a lo largo del proceso asistencial del paciente. Su origen se encuentra en la Ley General de Sanidad de 14/1986 de 25 de abril que establecía una

serie de derechos de los ciudadanos, concretamente el de la extensión de certificados acreditativos de la salud del paciente, la constancia por escrito del proceso asistencial y el informe de alta al finalizar el proceso. La Ley establece que serán las Comunidades Autónomas quienes establecerán las disposiciones para que se adopten las medidas de carácter técnico y organizativo necesarias para conservar y protegerlas.

En los Servicios de Salud públicos se realizan múltiples trabajos administrativos, sobre todo son los auxiliares administrativos los encargados de gestionar la mayoría de documentos y trámites, así como de atender las dudas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, es decir, las funciones del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario se podrían definir como de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas asistenciales propias de la Institución. Es responsabilidad del personal sanitario que participa en la atención al paciente la integridad y la exactitud de la Historia Clínica, puesto que es el documento que refleja la actividad asistencial del paciente. Los requisitos que ha de cumplir la Historia Clínica son: Única, por paciente; Acumulativa, contendrá todos los informes y resultados generados durante la asistencia; e Integrada, sumatorio de todos los episodios de salud/enfermedad del paciente.

La historia clínica tradicional se presenta almacenada en soporte papel y está siendo sustituida progresivamente por la historia clínica electrónica en soporte informático. En ocasiones ambos formatos coexisten. Realizando el “expurgo” de los documentos que se pueden digitalizar y conservando los restantes.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de la historia clínica en el proceso asistencial del paciente.
- Explicar los documentos que se recogen en la historia clínica y su finalidad.

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, y Scielo.

4 Resultados

Los Auxiliares Administrativos tienen que tener en cuenta que en las Historias Clínicas tienen que aparecer datos e información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud de los pacientes. Es la manera más apropiada para los Auxiliares Administrativos de poder encontrar, organizar, entregar y visualizar todos los datos de cualquier paciente. Todos los pacientes tienen derecho a que quede constancia por escrito o por soporte técnico más adecuado, de la información que han obtenido de todos los procesos a los que han asistido, realizados por el servicio de salud realizados tanto en la atención primaria como en la atención especializada.

El deber de la protección de datos no solo afecta a los datos contenidos en la historia clínica, existen más datos sujetos a la protección de datos, y que continuamente estamos manejando los auxiliares como la identidad del paciente, domicilio, el teléfono donde se debe mantener el mismo tipo de confidencialidad que con la historia clínica.

El secreto profesional y el código ético deben guiar sus conductas. Así lo dicta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal. El secreto profesional es uno de los más importantes, pues la relación médico-paciente se sustenta sobre una información a la que tiene acceso el personal sanitario y no sanitario y que afecta, nada más y nada menos, que a la salud del paciente.

La historia clínica:

- Permite realizar una adecuada atención médica entre profesionales de distintas áreas sanitarias.
- Posibilita la atención médica basada en datos del paciente.
- Aporta información para un correcto diagnóstico, basado en los antecedentes del paciente y en su situación actual.
- Se convierte en la herramienta de control de la evolución del paciente.
- Permite decidir cuál es el tratamiento más adecuado para el paciente.

Los documentos que integran la Historia Clínica, deben contener información veraz, actualizada y mantener un cierto orden secuencial:

1. La hoja clínica-estadística.
2. La orden de ingreso por el facultativo.
3. El informe del servicio de urgencias.
4. La anamnesis y la exploración física del paciente.
5. La evolución del proceso.
6. Las órdenes médicas pautadas.

7. La hoja de interconsulta a otros servicios médicos.
8. Los informes de exploraciones complementarias.
9. El consentimiento informado a determinadas pruebas.
10. El informe de anestesia.
11. El informe de quirófano.
12. El informe de anatomía patológica.
13. Las observaciones de enfermería y la planificación de cuidados de enfermería.
14. La gráfica de constantes.
15. El informe clínico de alta médica y de enfermería.

Los puntos 2, 3, 9, 10, 11, 12, 14 y 15 se exigirán solamente cuando se trate de procesos de hospitalización.

En el artículo 14 de la Ley 41/2002 consta que "cada centro sanitario archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte: papel, audio-visual, informático o de cualquier otro tipo; de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información."

La cumplimentación de la historia clínica será responsabilidad de los profesionales que intervienen en la asistencia sanitaria del usuario o paciente. El paciente podrá acceder a todos los documentos de la historia salvo aquellas anotaciones que se consideren subjetivas.

Todo usuario o paciente tiene derecho a acceder a sus datos clínicos, que se solicitarán por escrito, ya bien para observarlos o para obtener alguna copia del historial. Únicamente pueden obtener autorización para el acceso a la historia los pacientes que están en plenas facultades o las familias con previo consentimiento del paciente, salvo que el acceso a la información esté motivado para un posible beneficio para el mismo.

Puede ocurrir que la Historia Clínica necesite usarse para otros fines diferentes al asistencial, para ello, se limitará el acceso a la documentación estrictamente necesario y siempre se preservará el anonimato. Algunos de estos documentos que integran la Historia Clínica se conservarán de forma indefinida por motivos asistenciales, epidemiológicos o judiciales siempre que hayan pasado cinco años del último proceso asistencial. Otros documentos que se consideran poco trascendentales podrán destruirse.

En la actualidad la mayoría de las historias clínicas son digitales o están digitalizadas, esto permite:

- Almacenar los datos de forma segura sin que tengas que preocuparte por ello.
- Recuperar información desde cualquier lugar o dispositivo, ya sea dentro del centro médico o fuera del mismo.
- Crear plantillas de historia clínica y editarlas en función de las necesidades de

tu especialidad médica o la tipología de consultas más habituales en tu centro sanitario.

- Restringir el acceso al personal de la clínica en función de las tareas que lleven a cabo dentro del centro médico.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de la historia clínica es la de facilitar la asistencia sanitaria, ya que permite el conocimiento del estado de salud del paciente a través de todos los datos recogidos a lo largo del proceso de su enfermedad. De esta manera, se facilita el trabajo de los profesionales de la salud que tengan que tratar a un paciente, conociendo de primera mano y de forma inmediata toda la información relativa a su salud.

Todo paciente tiene derecho a que quede constancia de la información recopilada en todos sus procesos clínicos tanto los realizados en el Servicio de Atención Primaria como en los de atención especializada, por otra parte, los profesionales que intervengan tienen la obligación de cumplimentarla, así cuando sean varios los profesionales debe constar de forma individual sus intervenciones y prescripciones.

Los auxiliares administrativos deben conocer que es una historia clínica, que datos mínimos debe contener, como así mismo saber abrir una historia para el paciente que no tenga para que este pueda ser atendido por el profesional sanitario. Por todo ello es necesario que el auxiliar administrativo del ámbito sanitario esté al corriente de todas las normativas que vayan saliendo, sepa utilizar todos los programas que hay en el servicio de salud, para estar capacitado en el desarrollo de sus funciones y no cometer ninguna negligencia.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: auxiliar administrativo, historias clínicas, historial médico de un paciente.
2. Formación continuada Logoss. Auxiliares administrativos.
3. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.
4. 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.

5. <https://clinic-cloud.com/blog/tipos-de-historia-clinica/>.

Capítulo 407

EL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL ÁMBITO SANITARIO

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

SUSANA DÍAZ GARCÍA

LAURA DÍAZ GARCÍA

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

Se define como síndrome de burnout, o síndrome del quemado, aquella situación laboral en la que encontramos un trabajador en una situación de estrés tanto psíquico como físico, que le impide realizar las labores que tiene asignadas en el día a día en el centro hospitalario y que supondrán unas consecuencias posteriores en el trabajo, por lo que nos encontramos gracias a estudios y estadísticas realizadas, con que la figura del auxiliar administrativo, está sometida a un grado muy alto de estrés laboral, ya que en el trato y atención a los pacientes es imposible evitar la implicación tanto emocional como psicológica, a esto, hay que sumarle las tareas asociadas a su cargo.

Este síndrome, es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del auxiliar administrativo.

La primera vez que se pone nombre a este problema fue en 1974 cuando un psiquiatra alemán, Herbert J. Freudenberger, observó el comportamiento de sus compañeros de trabajo en una clínica para toxicómanos en Nueva York y notó depresión, desmotivación, falta de empatía y agotamiento. “Por lo general, el trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.

El Síndrome de Burnout se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome.”

En la mayoría de los casos, en los que el personal está sometido a un cierto grado de estrés supone una reacción positiva, ya que ayuda a adaptarse a las nuevas situaciones y a poder afrontar con éxito los posibles retos que puedan surgir. Pero, en el momento que los requerimientos superan los recursos de los que el profesional dispone, se vuelve negativo. El síndrome de burnout se caracteriza por múltiples síntomas y signos como podrían ser el sentimiento de agotamiento, baja autoestima, estado permanente de nerviosismo, comportamientos agresivos, dolor de cabeza, taquicardia, insomnio, bajo rendimiento, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, comunicación deficiente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar desencadenantes del síndrome burnout en el auxiliar administrativo.

Objetivos secundarios:

- Analizar la gravedad del problema y denunciar la inexistencia de una organización del trabajo que permite muchas de las causas que provocan este síndrome.
- Planes de actuación del servicio sanitario y medidas preventivas.

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, y Scielo.

4 Resultados

La OMS afirma que este cuadro se incluye como un “síndrome ocupacional”, que se debe únicamente al “estrés crónico en el lugar de trabajo” y que “no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida”.

Hablaremos de Burnout cuando haya al menos seis meses de periodo con la problemática que planteamos, y abarcará tres campos distintos:

- La falta de realización personal, sensación de frustración para el trabajador y baja autoestima personal.
- El agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.
- La despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de conductas negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado.

Este síntoma tiene distintas manifestaciones como son las siguientes:

1. Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
2. Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.
3. Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
4. Ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Es importante tener en cuenta, que las crisis económicas anteriores, incluyendo los recortes económicos y de personal de los últimos años, y ya por supuesto de añadido, esta Pandemia Mundial, que tanto daño económico, emocional y sanitario han causado, dan por hecho una modificación en las condiciones laborales de forma muy acusada, y es que el personal que trabaja en sanidad sufre de una manera alarmante este desgaste profesional.

El auxiliar administrativo, en particular, lo sufre de manera múltiple porque le influye tener que atender, presencial o telefónicamente, a los pacientes que en numerosas ocasiones le hacen objeto de sus frustraciones; le influye asimismo la presión del personal sanitario y de sus propios compañeros; y sufre la presión que

conlleva la autoexigencia de su propio trabajo. Factores como la disminución del personal por bajas médicas, aumento de horas laborales y aumento de la carga de trabajo, son factores con alta capacidad estresante, que ayudan en gran medida al aumento del estrés y a enrarecer el clima laboral.

Por todo ello finalizaremos afirmando la necesidad de que las propias instituciones promocionen programas específicos de desarrollo y estrategias en afrontamiento, adaptativas a situaciones de alto estrés laboral, con la finalidad de: mejorar la calidad en la atención al usuario dentro del entorno sanitario. Para ello algunas recomendaciones que deben de procurarse los auxiliares administrativos serían: buscar momentos de descanso cada un cierto tiempo, aunque sea de 10-15 minutos, o fuera del horario laboral desconectar y hacer otras cosas, aprender a relajarse mediante meditación, ejercicio físico, buena alimentación, etc.

El entorno laboral adverso y ser testigo del sufrimiento humano al que ha de hacer frente ponen al personal en un grupo de alto riesgo de sufrir la enfermedad silenciosa o síndrome de burnout.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente el síndrome de Burnout es una de las causas de la desmotivación de los auxiliares administrativos, estando implicado en las elevadas causas de absentismo laboral que se da entre estos profesionales. Hay que detectar las circunstancias que contribuyen al desarrollo del síndrome de Burnout e intentar modificarlas, evitando las situaciones que nos producen estrés obteniendo como resultado una mejor calidad de vida y que el ambiente laboral sea lo más gratificante posible.

En el fondo lo que subyace es una gran desmoralización debida a las condiciones de trabajo. La formación del auxiliar administrativo es muy importante en aras de prevenirlo. Juegan un importante papel estrategias que puedan anular el foco del estrés, equilibrar las consecuencias que afecten negativamente a los profesionales sanitarios y no sanitarios, formar a los equipos de trabajo en lo que respecta a la adaptación al entorno laboral y eliminar o disminuir en la medida de lo posible los factores que favorecen la situación de estrés del medio laboral. Con todo, se observa la importancia que estas situaciones tienen para el funcionamiento del ámbito sanitario, y para el bienestar del propio trabajador, sin olvidar el resto de compañeros y pacientes que pueden verse afectados por estas disputas y ese ambiente hostil. Dichos trabajadores que son víctimas en silencio, acaban causando baja laboral voluntariamente al no poder sostener esta situación y finalmente acaban por quedarse anulados y sin ver solución alguna a esta a una

problemática que cada vez parece hacerse mayor.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en buscadores como: auxiliar administrativo, síndrome bournot, síndrome del quemado en el ámbito sanitario.
2. Artículo “Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo”.
Revista Elsevier
3. Jonathan García-Allen. Psicólogo. Los 6 tipos de mobbing o acoso laboral.
4. www.redaccionmedica.com.

Capítulo 408

LA IMPORTANTE LABOR DEL PERSONAL DE LA COCINA HOSPITALARIA. LA CONTAMINACIÓN CRUZADA EN LOS ALIMENTOS QUE SE PREPARAN EN LA COCINA. LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS

JOAQUÍN HORRILLO PIÑEIRO

RICARDO GARCÍA ALVAREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ FORCELLEDO

CARMEN GARCÍA ALVAREZ

MARIA NIEVES MARTINEZ RIVAS

1 Introducción

La contaminación cruzada debe de evitarse a toda costa por todos los problemas que puede acarrear dentro de la cocina hospitalaria.

Hay muchas enfermedades que se transmiten por los alimentos, suelen ser producidas por virus y bacterias.

Es muy importante que las cocinas de nuestros centros tengan las herramientas necesarias para evitar las enfermedades causadas por los alimentos ya sea por contaminación cruzada o otras causas, como por ejemplo una mala descongelación de un producto o no tener el producto en su temperatura correcta como por ejemplo los lácteos.

También destacar la importante labor del personal de la cocina hospitalaria, que realiza una tarea muy importante para que todo funcione perfectamente y evitar en todo momento la contaminación de los productos por los virus y bacterias.

Limpiando los utensilios de las distintas zonas de la cocina para evitar la contaminación, y no mezclar los utensilios de trabajo como por ejemplo no utilizar un cuchillo de carne para el pescado utilizando también las zonas designadas para cada producto.

Descongelando los productos congelados en las cámaras de refrigeración y no directamente a la temperatura ambiente para así evitar la propagación de las distintas bacterias y los virus.

Lo mas importante a la hora de preparar los alimentos es que no tengan ningún agente externo para que no contamine a los pacientes del hospital.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas por parte del personal que compone una cocina hospitalaria, como ayudantes de servicios, cocineros.
- Conocer las enfermedades que se pueden producir en los alimentos en su manipulación y preparación.

3 Metodología

Para realizar el trabajo se ha llevado a cabo una investigación en una revisión bibliográfica en internet.

También desde nuestro puesto de trabajo en la cocina del hospital, donde vemos y realizamos los distintos preparativos de los productos para luego los cocineros elaborar la comida para los enfermos del hospital.

4 Resultados

La contaminación cruzada es el proceso por donde un agente patógeno es llevado aun alimento elaborado a través del personal de cocina que actúan directamente sobre los alimento crudos, superficies y útiles.

Hay que extremar las medidas higiénicas a la hora de elaborar y manipular los alimentos.

Estamos expuestos a enfermedades de distintos tipos como por ejemplo: la salmonelosis: es una infección bacteriana que afecta al tracto intestinal, suele ser una de las causas más comunes de gastroenteritis.

Se transmite por agua o alimentos contaminados y por el contacto con personas y animales infectados.

La salmonelosis suele contaminar huevos, carnes crudas y productos lácteos de queso no pasteurizados, es recomendable lavarse bien las manos antes y después de la preparación de los alimentos.

Listeriosis: es una enfermedad grave que se contrae por el consumo de alimentos contaminados.

Los alimentos de alto riesgo son los fiambres y productos cárnicos como por ejemplo las salchichas, entre los alimentos que mas se asocia a la listeriosis están los que llevan mucho tiempo en el refrigerador, también los que se consumen sin ser cocinados.

Para prevenir la listeriosis manipular los alimentos en condiciones de seguridad.

También es muy importante el lavado de las manos, evitar estornudar donde se este preparando la comida.

Tener una buena higiene , respetar las zonas de trabajo de cada producto, como por ejemplo no preparar el pescado en la zona de la carne o la carne en la zona de las verduras evitando la contaminación cruzada y la posible propagación de las bacterias y los virus causando una posible enfermedad en los enfermos del hospital.

Asegurarse que cada producto que se recibe esta en perfecto estado sin tener el embalaje roto evitando así la posible contaminación de agentes externos.

5 Discusión-Conclusión

Hay que evitar a toda costa la contaminación cruzada, sabiendo que se produce por contacto indirecto, a través de las manos del manipulador o mediante material de cocina, como por ejemplo cortar con el mismo cuchillo un trozo de carne cruda y un tomate limpio.

El papel de todo el personal de la cocina hospitalaria es muy importante dentro de la gestión de la cocina del hospital.

Sin una correcta manipulación de los alimentos podemos generar enfermedades a causa de virus y bacterias, que puede provocar en los pacientes del hospital una infección a causa de las distintas enfermedades.

Hay que prestar mucha atención cuando se manipulen los alimentos evitando a toda costa la contaminación cruzada, y que los alimentos congelados no rompan la cadena de frío que su descongelación sea controlada en cámaras de frío para evitar la propagación de bacterias.

Que los alimentos lácteos estén refrigerados para una buena conservación y evitar su deterioro.

Las frutas y hortalizas que presenten un aspecto saludable almacenándolas en sus cámaras para evitar el rápido deterioro.

Las carnes y pescados deben permanecer en las cámaras frigoríficas o en el congelador sacándolas para su elaboración en el momento adecuado.

Y muy importante elaborar cada producto dentro de la zona designada con sus utensilios para evitar la contaminación cruzada y así evitar las enfermedades de los pacientes del hospital.

6 Bibliografía

1. El Ayudante de Servicios. Patologías susceptibles de ser transmitidas a través de alimentos presentes en cocina hospitalaria (Internet) (citado octubre 2021). Disponible en: <https://revistamedica.com/patologias-transmitidas-alimentos/>.
2. https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/salmonellosis/fact_sheet.htm#:text=La%20salmonelosis%20es%20una%20infecci%C3%B3n,el%20estado%20de%20Nueva%20York.
3. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/listeriosis>.

Capítulo 409

CAUSAS DE AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS. PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS

MARIA NIEVES MARTINEZ RIVAS

JOAQUÍN HORRILLO PIÑEIRO

RICARDO GARCÍA ALVAREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ FORCELLEDO

CARMEN GARCÍA ALVAREZ

1 Introducción

En nuestros centros sanitarios es cada vez más frecuente los trabajadores, tanto el sanitario como el no sanitario sufran agresiones por parte de los enfermos o usuarios, o por parte de sus familiares. Este fenómeno no es exclusivo de nuestra región, también está ocurriendo en todo nuestro país, y, según datos publicados, ocurre lo mismo en los demás países europeos.

En este entorno se entiende la agresión como un comportamiento intencionadamente inadecuado y provocador que persigue el enfado, la humillación y el daño de aquél a quien se le dirige. Para ello el agresor se sirve de palabras soeces, insultos, comentarios insultantes, frases peyorativas, golpes, lesiones, violaciones, etc.; es decir que el agresor intenta conscientemente causar un daño psicológico o físico. Por este motivo deben considerarse como agresiones las palabras soeces,

los insultos, los gestos de desprecio, los comentarios hirientes o insultantes, los gritos, etc., y no solamente la agresión física o las amenazas.

Un gran número de agresiones al personal sanitario no queda registrado o no se denuncia, pasando al olvido y el agresor sale impune. Esto hace que los datos de agresiones en este entorno sean difíciles de analizar, lo que complica la actuación para su tratamiento o prevención.

2 Objetivos

- Examinar las causas por las que se producen las agresiones al personal de los servicios sanitarios.
- Poner de manifiesto el problema de las agresiones en los servicios sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha realizado un estudio de documentos hallados mediante búsquedas en diferentes bases de datos, disponibles en internet, utilizando los términos “agresión”, “personal”, “gestión y servicios”, “violencia laboral” y “servicio sanitario”, dando como resultado el presente trabajo.

4 Resultados

El hecho de que en el entorno sanitario las agresiones a su personal sean cada vez más frecuentes y de que el problema esté tan ampliamente extendido sugiere que es probable que nos encontremos ante un problema general de la sociedad en que vivimos en la actualidad. Las evidencias existentes también indican a un problema general en la sociedad.

Por otro lado el sector sanitario tiene unas características y particularidades que agravan mucho más esta problemática. Son muchas y diferentes las causas que pueden originar que se desencadene una agresión.

Existen algunas personas para las que el mero hecho de tener necesidad de acudir a un centro sanitario les puede desencadenar un estado de angustia y agitación. En ocasiones es el medio familiar el que puede sufrir un estado de estrés y susceptibilidad sólo porque alguno de sus miembros sienta la necesidad de acudir al centro sanitario.

Según datos recogidos, muchas veces la agresión no se produce por el paciente sino por otros miembros de la familia o por acompañantes: Hasta en un 49,8% de las veces (prácticamente la mitad) la agresión es producida por un familiar o acompañante, casi 3 puntos por encima de la agresión atribuible al propio paciente (47,3 %).

La masificación del sistema sanitario, que se hace patente e incuestionable en las salas de espera y en los largos tiempos de espera para citas de consulta o de revisiones. Esta situación hace que los tiempos de espera tan largos puedan originar un estado de preocupación y temor exagerado, que puede desencadenar un aumento de la tensión emocional.

La creencia de los pacientes de que necesitan una atención inmediata y eficaz, los trastornos mentales pueden desencadenar una agresividad del propio paciente o de sus familiares, la adicción a drogas está en el origen de muchas agresiones, a veces muy violentas.

Las largas listas de espera para consulta o ingreso hospitalario, incluso, o sobre todo, para operaciones.

Los retrasos en la realización de pruebas, el retraso en la atención sobre la hora de la cita también puede desencadenar una agresión.

No se puede obviar que en la sociedad actual se manifiesta un aumento generalizado de la violencia, que tiende a que se intente resolver problemas pequeños por medios violentos.

Existen muchas más causas que pueden explicar la agresión a personal del sector sanitario y el que estas agresiones sean cada vez más frecuentes, pero estas son las más claras y frecuentes. Cada una de ellas por sí misma o en combinación con otra u otras pueden dar lugar a la aparición de una conducta agresiva en el entorno sanitario.

5 Discusión-Conclusión

No puede negarse que las agresiones a trabajadores de los centros sanitarios constituyen en la actualidad un problema grave, cuya solución es difícil y compleja. En ocasiones, algunas causas pueden ser corregidas por el sistema siempre que esté dotado de medios materiales suficientes y el personal encargado formado específicamente para ello.

Muchas agresiones no se producirían si se redujeran o eliminaran las listas de espera tanto para consultas como para la realización de pruebas. La adopción de conductas y políticas que generen un clima de satisfacción también es posible que disminuya el número y la violencia de las agresiones a este personal.

En el sector sanitario no se libra nadie de una posible agresión. Desde el director del hospital o del centro sanitario hasta el celador o el pinche de cocina, todos están expuestos a sufrir una agresión con mayor o menor violencia.

Incluso a veces la agresión la pueden sufrir las estructuras físicas del centro. Por ello es necesario que todos los elementos y aspectos que intervienen en la seguridad del centro y de su personal estén convenientemente preparados y protegidos, y listos para intervenir de inmediato ante una situación que pueda devenir en una agresión.

6 Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/agresiones/docs/Informe_Agresiones_19-20.pdf.
2. https://www.sanidad.gob.es/fr/profesionales/agresiones/docs/informe_agresiones_final.pdf.
3. <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2015/agresiones-en-sanidad-aproximacion-causas-medidas-prevencion>.

Capítulo 410

EL CELADOR Y LA CADENA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN EL ENTORNO SANITARIO

JUAN ANTONIO LORENZO VEGA

1 Introducción

Una infección es una contaminación causada por un microorganismo patógeno, con respuesta inmunológica y daño estructural en el huésped. Puede ser local o sistémica.

Una fuente de infección es una persona, animal, objeto o sustancia a partir de la cual el agente etiológico se transmite al huésped. No tiene por qué ser el hábitat natural del agente etiológico; en el caso de que sea así, hablamos de reservorio.

Se dan casos en los que la fuente de infección y el reservorio coinciden, como en el sarampión. En otras son distintos, como en la peste (la fuente de infección son las pulgas; y el reservorio, las ratas) o en la hepatitis A (la fuente es el agua o los alimentos; y el reservorio, el ser humano).

La prevención es muy importante en la lucha contra las infecciones. El éxito de cualquier campaña de prevención de una enfermedad transmisible se basa en los conocimientos sobre la epidemiología y patogenia que se tengan sobre ella. La OMS considera que las medidas para lograr una buena higiene son la base para prevenir la propagación de infecciones y controlar los brotes de enfermedades.

Las buenas prácticas de control reducen la necesidad de usar antimicrobianos, frenando su resistencia a los fármacos.

Las infecciones causadas por microorganismos resistentes a menudo no responden a los tratamientos ordinarios, dando lugar a enfermedades prolongadas, hospitalización y mayores costos.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario algunas como celador algunas cuestiones básicas relacionadas con la propagación de las enfermedades nosocomiales en el entorno sanitario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El ser humano como fuente de infección puede pasar por diferentes periodos, en función de su capacidad para transmitir los patógenos.

- Periodo de incubación: entre la exposición al agente infeccioso y la aparición del primer síntoma o signo de la enfermedad.

Puede ser corto (toxiinfecciones alimentarias) o largo (sida).

- Periodo de manifestaciones clínicas: el huésped presenta los signos y síntomas de la enfermedad.

- Periodo de transmisibilidad: el infectado libera microorganismos de forma temporal o permanente, continua o intermitente.

No tiene por qué coincidir con el periodo de los síntomas clínicos. El sarampión y las hepatitis víricas se transmiten antes de que aparezcan sus manifestaciones.

- Periodo de latencia: entre la exposición y el inicio de la transmisibilidad. En esta fase el sujeto no es infectivo.

El portador es la persona que libera microorganismos pero no manifiesta signos ni síntomas de la enfermedad:

- Portador precoz o incubacionario: libera microorganismos pero no padece aún la enfermedad, puesto que la está incubando.
- Portador convaleciente: elimina microorganismos pero ya está clínicamente curado. Es temporal hasta los tres meses (como en la escarlatina) y crónico si se prolonga más tiempo (como en el caso del VIH).
- Portador sano: elimina microorganismos pero nunca ha padecido la enfermedad al no ser susceptible a ella (difteria, meningitis meningocócica). Se puede ser portador sano continuo o intermitente.

Otra posible clasificación de los portadores establece como criterio la vía de eliminación del germen: portadores cutáneos, orofaríngeos, respiratorios, urinarios, fecales y hemáticos. El agente etiológico debe tener una vía de eliminación o puerta de salida del huésped. Generalmente coincide con la vía de entrada. Podemos clasificarlas en respiratoria, digestiva, cutánea, hemática o por la sangre, por secreciones conjuntivales, por orina y por secreciones genitourinarias.

El huésped susceptible es el último eslabón de la cadena epidemiológica, el “candidato a enfermar”. Resulta un factor fundamental en la transmisión de un agente infeccioso. Un huésped es más o menos susceptible a infectarse dependiendo de diversos factores, algunos fijos y otros variables como la edad, la genética, estado de salud, medio ambiente, factores de exposición etc.

El mecanismo de transmisión son los medios y vías que el agente etiológico usa para llegar desde la fuente de infección al huésped susceptible, pueden ser directos (contacto físico, aire etc) o indirectos (agua, alimentos, objetos inanimados, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de una extensa revisión bibliográfica de la literatura existente en formato digital en varias fuentes de carácter científico oficial relacionadas con el entorno de la sanidad, hemos podido determinar algunas cuestiones básicas relacionadas la propagación de infecciones nosocomiales dentro de los centros hospitalarios, pudiendo conocer como se desarrolla la cadena epidemiológica y que eslabones o factores participan en ella, para así prevenir los posibles factores de riesgo y reducir la incidencia de este tipo de enfermedades,

que pueden perjudicar de forma grave el estado de salud de los pacientes que se encuentran ingresados y en cuya tarea tenemos gran importancia los profesionales relacionados con la salud, en este caso nosotros como celadores.

6 Bibliografía

1. <https://moodle.catedu.es>
› mod › view.
Las Enfermedades Transmisibles: La Cadena Epidemiológica - Aularagón.
2. <https://www.salusplay.com>
› apuntes.
Tema 2. La cadena epidemiológica - SalusPlay.
3. <https://www.paho.org>
› colPDF.
Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades.
4. <https://www.ecoambientesanidadambiental.es>
› ... ¿Qué es la cadena epidemiológica? - Ecoambiente.
Sanidad Ambiental.
5. <https://www.elsevier.com>
› enfermería.
Cadena de infección y métodos de transmisión de microbios - Elsevier.

Capítulo 411

EL CELADOR EN SUJECCIÓN Y MOBILIZACIÓN A PACIENTES QUE PRECISAN CURAS

LAURA CASERO HERNÁNDEZ

JAIME ORTIZ MARTIN

GELDA VILLAMOR AGUADO

ANA BELÉN UTRILLA SÁNCHEZ

GONZALO RUBIO ARAQUE

1 Introducción

Las curas, son realizadas por el personal diplomado de enfermería, y en muchos casos, el paciente a la hora de cualquier cura se muestra colaborador, pero en muchas otras ocasiones no, o, incluso, es difícil mantenerse en la misma posición durante el periodo que dura el procedimiento, o requiere una posición más explícita, donde el enfermero o enfermera no tienen acceso o es imposible realizarlas, por agitación del enfermo.

Para que todo se realice correctamente, y el responsable de hacer las curas pueda efectuarlas, el CELADOR, debe encontrarse presente, mediante ciertas movilizaciones o sujeciones del paciente, siempre dependiendo para que se le requiera y la ubicación donde se encuentre dichas heridas, pústulas, quemaduras, etc.

Aunque lo hemos expuesto de una manera resumida, podemos encontrarnos con ciertas situaciones a la hora de realizar una cura:

- Paciente consciente y colaborador. Es el paciente modelo, cual pertenece quieto mientras dura la cura y facilita al diplomado todo lo relacionado con el procedimiento. En este caso no haría falta que el celador se encuentre presente.
- Paciente agitado: Si el paciente se encuentra agitado y/o desorientado, va a poner obstáculos al diplomado, por lo que aquí si es preciso el celador, aportará sujetando al paciente, para evitar que se lesione o lesione al equipo a cargo.
- Pacientes con heridas de difícil acceso: En este caso, el celador deberá prestar su ayuda mediante las movilizaciones, ya que las heridas son de un difícil acceso, y por lo tanto, el paciente no puede permanecer en una postura determinada.
- Paciente no colaborador: En este caso, podemos encontrarnos, por ejemplo, con pacientes ancianos, que no tienen una autonomía completa de levantar un brazo para la cura, por lo que se cansan antes, o simplemente, no pueden hacerlo por si solos. En este ejemplo, también, es necesario el celador.

Como podemos observar, de cuatro situaciones que hemos planteado, tan solo en una no sería necesaria la figura del celador, pero, sin embargo, en las otras tres sí.

A continuación, hablaremos de ciertas movilizaciones y sujeciones que puede efectuar el celador a la hora de realizar una cura:

2 Objetivos

Dar a conocer las diferentes formas de movilización del celador a la hora de que el personal diplomado a cargo realiza la cura, resaltando la importancia del celador ante estos procedimientos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador se encuentra en muchas de las curas que se realizan en el medio hospitalario, ya que es necesaria su ayuda en múltiples de estos procedimientos, incluso en algunas ocasiones, es necesario más de un celador, todo dependerá de la colaboración del paciente, como hemos explicado en apartados anteriores.

Las curas, en las que asiste en celador, pueden ser diversas:

- Absorbentes.
- Impregnadas.
- Láminas transparentes adhesivas.
- Espumas o esponjas hidrofílicas.
- Hidrogeles.
- Xerogeles.
- Hidrocoloides.

Aunque el celador no necesita conocer a la perfección el procedimiento de cada una de ellas, debe conocer como movilizar al paciente según la zona de la herida, la duración o la agitación de este.

A continuación, expondremos ciertas posiciones que debe adoptar el paciente, y que deben ser ejecutadas por el celador o sujetadas, cabe destacar, que esto solo se realizará si se dan las situaciones que se han comentado en el apartado “INTRODUCCIÓN”:

- Si la herida se encuentra en la cara interna del brazo o en la zona cubital, el celador deberá extender el brazo del paciente sujetándolo de tal forma que el diplomado de enfermería tenga fácil acceso.
- Si la herida se encuentra en la cara interna del muslo, y el paciente se encuentra en cama, el celador deberá proceder a colocar el paciente en decúbito lateral y levantará la pierna contraria a la cama, así, el DUE podrá realizar una cura en perfectas condiciones.
- Si la cura se encontrara en espalda, cuello, nuca, glúteos, etc. el celador, deberá movilizar al paciente, también, en decúbito lateral.
- Si la cura se encuentra en extremidades inferiores, sobre todo, en las caras internas y posteriores, como el talón o gemelos el celador deberá levantar la pierna del enfermo.
- En caso de que la herida se encuentre accesible para el diplomado de enfermería, pero no pueda ser realizada por la agitación a la que se encuentra sujeta el paciente, el celador, deberá realizar procedimientos de sujeción y en ocasiones, de bloqueo, para que este protocolo de curas, pueda ser efectuado.

- En muchas ocasiones, no es solo la movilización del enfermo, o la sujeción de miembros, sino también, el papel conciliador y tranquilizador que debe desarrollar el celador en ciertas ocasiones.

5 Discusión-Conclusión

El celador juega un papel muy importante en múltiples situaciones que se presentan en el ámbito del medio hospitalario.

Supone un gran apoyo tanto para el paciente como para el resto del equipo.

Gracias a sus funciones se garantiza que el trabajo resulte rápido y eficaz, sin hablar del trabajo humano que desempeñan en su día a día.

La importancia del celador ante las movilizaciones de las curas es crucial, ya que se asegura una técnica muy precisa, y si no existiera su figura, las curas no podrían realizarse correctamente.

En el caso de no realizar correctamente su trabajo o no encontrarse presente en las curas, las consecuencias podrían ser nefastas para el enfermo, el personal diplomado de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, etc.; puesto, que el celador supone un engranaje más en la cadena sanitaria.

Por todo esto, y mucho más, la figura del celador es indiscutible en miles de estos procedimientos, y por supuesto, en el apoyo a la realización de las curas.

6 Bibliografía

1. <https://jefemarisela.weebly.com/tipos-de-curaciones.html>.

Capítulo 412

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y LOS MODELOS DE HISTORIA CLÍNICA

DOLORES REYES REYES

1 Introducción

La historia clínica (HC) es el documento que contiene datos sobre todo lo relacionado con la salud de un paciente, así como con su evolución.

Se inicia en el primer procedimiento de salud que se lleva a cabo a cada individuo y, por lo tanto, la historia clínica es individual.

Todos los registros de los profesionales de la salud quedan reflejados en la historia clínica, lo que es de gran utilidad para ver antecedentes de salud o cualquier dato que sea importante para el médico.

La Historia Clínica puede ser hospitalaria, de atención primaria o compartida.

Funciones de la historia clínica:

- Atención al paciente.
- Evaluación de la situación y promoción de la calidad en la atención sanitaria.
- Mejoras comunitarias gracias a la investigación.
- Docencia.
- Es un testigo, ya que en ella consta la atención recibida por el paciente. Por ello además, es un documento con gran validez legal.
- Gestión y administración de recursos.

El sistema sanitario español ha evolucionado a lo largo del tiempo con el fin de mejorar las prestaciones ofrecidas a la población, para dar una cobertura universal, financiada por fondos públicos y basada en la idea de que la salud es un bien básico y que todos debemos recibirla por igual.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario como auxiliar administrativo, los diferentes modelos de historia clínica hospitalaria que podemos encontrar, como parte esencial de nuestra formación, para dar un servicio de mayor calidad.

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

Modelos de historia clínica:

1. Historia clínica cronológica:

Está orientada a la fuente de datos y se añaden anotaciones cronológicamente acerca de los distintos problemas por los que el paciente consulta. La información se estructura de la siguiente manera:

- Anamnesis y exploración física.
- Juicio clínico previo o impresión diagnóstica.
- Evolución clínica.
- Pruebas complementarias y procedimientos diagnósticos.
- Procedimientos terapéuticos.
- Juicio diagnóstico.

2. Historia clínica orientada a los problemas de salud:

Los datos se ordenan por problemas específicos sin tener en cuenta el orden cronológico. Fue propuesta por Weed en 1969 y la información se recoge en una lista de problemas:

- Datos iniciales: anamnesis, exploración clínica y exploraciones complementarias.
- Lista de problemas: inventario de los problemas que se recogen a partir de los datos iniciales y que llevan un número de orden.
- Plan inicial: diagnóstico y tratamiento para cada uno de los problemas.
- Evolución: hoja de evolución de síntomas o problemas, sus diagnósticos finales y su tratamiento.

3. Historia clínica orientada al contexto:

Los datos se tienen en cuenta con base en los aspectos biopsicosociales, las creencias, la dinámica familiar y la cultura social. Está basada en el sistema RAI (resident assesment instrument) y está considerada como el nexo entre el ámbito sanitario y los cuidados sociales. Es muy útil para pacientes de larga estancia, en convalecencia, con problemas de salud mental o en atención domiciliaria.

4. Historia clínica orientada a las decisiones:

Apenas se utiliza. Destaca el valor decisonal de la HC y de la actividad sanitaria. Se orienta hacia el diagnóstico probable y la patología a excluir.

5. Historia clínica electrónica (HCE):

La HCE se basa en la recogida de información a través de sistemas informáticos. La historia clínica se abrirá en cualquier situación en la que un paciente llegue al centro sanitario por primera vez, a excepción de los nacimientos, que se recogen en la historia clínica de la madre, y cuando un cliente haga uso de urgencias, pero sin hospitalización. Debe reunir una serie de documentos relacionados con el paciente:

- Hoja clínico-estadística.
- Autorización de ingreso.
- Informe de urgencia.
- Anamnesis y exploración física.
- Hoja de evolución.
- Órdenes médicas.
- Hoja de interconsulta.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Consentimiento informado.
- Informe de anestesia.

- Informe de quirófano o registro de parto.
- Informe de anatomía patológica.
- Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- Aplicación terapéutica de enfermería.
- Gráfico de constantes.
- Informe clínico de alta.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de esta revisión bibliográfica, donde hemos consultado una amplia literatura científica existente en formato digital de artículos especializados y de calidad acerca de los modelos existentes de historia clínica en las instituciones sanitarias en la actualidad, hemos mejorado nuestra formación y conocido todos los formatos y modelos de historia clínica.

Entre ellos están: la historia clínica cronológica, la historia clínica orientada a los problemas de salud, la historia clínica orientada al contexto, la historia clínica orientada a las decisiones y por último la historia clínica electrónica.

Quiero destacar que ésta última es la más utilizada hoy en día, dada la gran informatización y digitalización de todos los mecanismos que sufrimos en nuestra sociedad actual.

6 Bibliografía

1. <https://www.udocz.com>

› interest.

Modelo de historia clínica | Busca y descarga apuntes gratis uDocz.

2. <http://www.madrid.org>

› cont...PDF.

Anexo I modelo historia clínica unificada - Comunidad de Madrid |.

3. <https://www.igaleno.com>

› blog › q...

Qué es una historia clínica y qué datos debe incluir igaleno.

4. <https://revistamedica.com>

› auxiliar-.

El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación.

5. <https://www.macmillaneducation.es>

› ...PDF.

Documentación clínica - Macmillan Education.

6. <https://www.cgtsanidadlpa.org>

› ...PDF.

1 Tema 10 Concepto de documento, registro y archivo ... - CGT Sanidad.

Capítulo 413

LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, SU PREVENCIÓN E IMPORTANCIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO, DEDICADO AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

CARMEN MARIA UFANO MAYOR

1 Introducción

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales tienen relación con el ámbito sanitario y son definidas por la organización mundial de la salud (OMS), como aquellas adquiridas por el paciente durante su estancia o tratamiento en el hospital, o cualquier otro centro sanitario como por ejemplo: centros de día, residencias; y que no tenía ni estaba en incubación en el momento de su ingreso. También se da en pacientes ambulatorios. Suele ocurrir tras 48h después del ingreso. Casi alrededor del 5% de los pacientes acaba desarrollando alguna infección nosocomial.

Muchas veces se complica el estado de salud del paciente, dificultando la recuperación de este y en algunos casos llegando a causar su muerte ya que en muchos de los servicios hospitalarios los pacientes se encuentran muy delicados e incluso inmunodeprimidos pudiendo empeorar la situación debido a los contagios.

Estas enfermedades pueden ser de dos tipos: endémicas o epidémicas. Las endémicas son las mas comunes y las epidémicas se dan solo durante brotes como ocurre actualmente, con el coronavirus.

Este tipo de infecciones no solo es un daño para la salud de los pacientes, sino también para la de los visitantes o trabajadores del hospital, y también representa un gran coste económico para el hospital y la persona infectada.

2 Objetivos

Conocer las características de las infecciones intrahospitalarias y su prevención.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo he realizado una revisión bibliográfica de algunos textos sanitarios y científicos, tambien libros especificos y recursos de oposicion de diferentes categorias profesionales relacionadas con el mundo hospitalario y mi propia experiencia personal como usuario y trabajadora.

4 Resultados

Los servicios que son encargados de realizar la labor de la vigilancia de las epidemias y de las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias son los servicios de medicina preventiva.

Existe un proyecto denominado epine en el que anualmente desarrolla un estudio de prevalencia de infecciones en los múltiples hospitales de España.

Hay muchos y muy diversos factores que hacen que las personas puedan ser mas susceptibles, vulnerables; o menos a adquirir este tipo de infecciones nosocomiales.

Pueden resumirse en 2 factores claves:

- El Agente de riesgo intrínseco: son características como las siguientes: el sexo, la edad, el estilo de vida, la clínica del paciente, el estado de los nutrientes y las defensas... y algunas de las enfermedades o patologías previas que puedan servir de agravante y que generen mas riesgo y mas gravedad.
- El agente de riesgo extrínseco: son las pruebas y los tratamientos a los que es sometido el usuario y las cuales pueden ser la causa de un aumento del riesgo de contagio como son las siguientes: las sondas, de diferentes tipos (nasogástricas, vesicales), las traqueotomías, respiración mecánica, también la utilización

de ciertos medicamentos como son los inmunodepresores, los antibióticos; que contribuyen a que las defensas del paciente se vean disminuidas y mermadas. Las vías de transmisión de estas infecciones pueden ser muchas y muy diversas y hay que tomar conciencia y hacer mucho hincapié en ello para que en la medida de lo posible se evite su propagación y su transmisión.

Algunos de los mecanismos transmisores son:

- El contacto directo (sobre todo con las manos).
- Los fomites o la ropa contaminada.
- La vía aérea.
- Y los medicamentos, las diversas pruebas a las que es sometido el paciente y también los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

En los hospitales, residencias o centros hospitalarios hay que tomar ciertas precauciones y medidas preventivas para evitar las infecciones nosocomiales.

Todo personal que trabaje en un centro hospitalario, ambulatorio, centro de día o clínica; debe de conocer la importancia de las infecciones intrahospitalarias y los mecanismos o formas para su prevención.

Una de las medidas preventivas más importante es la higiene de manos, ya que es uno de los medios más comunes en la transmisión de microorganismos, además es una de las principales vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria y también durante el trato con el paciente y el entorno del mismo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 414

LA CAMA HOSPITALARIA: TIPOS

MARÍA TERESA GARCIA MENENDEZ

1 Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud la cama hospitalaria es "aquella mantenida y atendida regularmente para servir tiempo completo a pacientes internados, situados en una parte del hospital, recibiendo atención médica continua".

La cama hospitalaria es el lugar de reposo en el que un paciente puede pasar, según su enfermedad, la mayor parte de las horas del día. Las camas de hospital tienen unas características adaptadas particularmente a las personas que están continuamente o durante mucho tiempo en ellas.

En ella se descansa y se permanece convaleciente, por lo que la cama se convierte en algo propio del paciente que le proporciona comodidad, seguridad, sueño, alivio del dolor etc. Además facilita la realización de las diferentes técnicas sanitarias. La cama de hospital se ha convertido en el eje de cualquier sistema hospitalario independientemente de su financiación, organización y función en su respuesta social a la enfermedad. Su actual importancia no se limita al ejercicio del acto médico; también ha sido motivo de interés y de estudio por parte de otras disciplinas como la salud pública, epidemiología, enfermería, ingeniería, arquitectura y ergonomía, que han contribuido en su concepto, definición y desarrollo. A su diseño se han incorporado cambios que están ligados al desarrollo científico-médico, tecnológico e industrial.

2 Objetivos

Diferenciar los diferentes modelos de camas hospitalarias y sus características principales, cada uno de los cuales está diseñado para cumplir una determinada

función.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente consultando fuentes autorizadas y bases de datos contrastadas como Pubmed, Scielo y Medline utilizando para ello palabras clave como: cama, hospitalización y encamado.

4 Resultados

la más utilizada en los hospitales es la denominada cama mecánica articulada. Aparte de este tipo de cama existen otros modelos diferentes. Entre ellos destacamos:

- Cama articulada. El somier se divide en dos o tres segmentos móviles, encargados de alojar diferentes partes corporales. El superior es para la cabeza y espalda, el central para la pelvis y el inferior para las extremidades inferiores. Los distintos segmentos de cama se mueven mediante una manivela o mediante sistemas electrónicos.
- Cama metálica de somier rígido. Es una variante de la anterior pero no permite la movilidad por segmentos, su mayor inconveniente es que no permite colocar al paciente en determinadas posiciones anatómicas como la de Fowler.
- Cama ortopédica, traumatológica o de Judet. Indicada para pacientes que sufren fracturas o parálisis de extremidades. Está equipada con un marco, marco de balkan cuya finalidad es la de sujetar las poleas y el equipo de tracción que cuelga de él.
- Cama o mesa de exploración, potro ginecológico. Se usa para la exploración ginecológica así como para el momento del parto. Existe un modelo articulado y otro no articulado.
- Incubadora. Se emplea para mantener al recién nacido prematuro en un ambiente propicio de temperatura y humedad.
- Armazón para el volteo (Foster). Su misión es la de favorecer el cambio postural en aquellos pacientes que no pueden hacerlo sin dificultad y bajo control.
- Cama electrocircular o de Striker. Consta de un doble dispositivo para el volteo, el viraje se realiza por medio de un dispositivo eléctrico permitiendo giros de 180°.
- Cama libro. Su uso se reserva a personas que deben permanecer largos periodos de tiempo inmovilizadas, permite la angulación lateral.

- Cama de levitación. Se utiliza en unidades de grandes quemados, mantiene un flujo constante de aire que permite que el paciente permanezca en suspensión.
- Cama roto-test. Es una cama que mantiene al paciente en un giro constante por lo que se considera muy adecuada para la prevención de úlceras por presión.
- Camillas. Son ampliamente utilizadas en los ámbitos sanitarios para traslados de pacientes o bien en consultas para exploración.

5 Discusión-Conclusión

Las camas forman parte del mobiliario indispensable de un hospital por ello es fundamental que estén en buen estado y funcionen de manera correcta pues con ello se asegura no solo el bienestar y comodidad del paciente sino también la salud del trabajador, ya que si la cama no se desplaza correctamente tendrá que hacer más fuerza a la hora de desplazarla.

En una cama de hospital se prioriza siempre el confort y la seguridad del paciente dejando a un lado la estética. Debe de estar diseñada para facilitar al máximo la labor de los profesionales hospitalarios encargados de la atención y tratamiento del encamado.

6 Bibliografía

1. Situación de la cama hospitalaria (Servicio madrileño de salud- SERMAS).
2. <https://revistamedica.com/camas-hospitalarias>.
3. <https://www.mheducation.es>

Capítulo 415

BUENA HIGIENE EN LA COCINA EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

DAVID DIAZ MARIANO

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

1 Introducción

Mantener la cocina en buen estado de limpieza, en especial las superficies y utensilios que están en contacto con los alimentos, es vital para evitar intoxicaciones alimentarias tenemos que tener en cuenta que las bacterias mueren por calor, algunas toxinas que producen son resistentes al tratamiento térmico. Por tanto, reduciremos el riesgo y así evitaremos que los alimentos que vamos a preparar no se contaminen. En la cocina es un lugar donde existe posibilidad de contaminación y donde puede surgir riesgo evidente para la salud de las personas. La limpieza y la higiene es imprescindible. Por eso en la preparación de alimentos si no hay higiene en el lugar de trabajo, utensilios, mobiliario, puede a ver contaminación cruzada y provocar intoxicaciones por culpa de las bacterias que puede ocurrir por una mala higiene para ello, tenemos que tener agua potable, con agua fría y caliente, tener pilas y lavamanos para poder tener una higiene para evitar

las contaminaciones. Debemos tener en cuenta el riesgo de intoxicaciones, impedir la contaminación cruzada de los alimentos de los alérgenos y bacterias que se propagan por el lugar de trabajo, donde debemos evitar plagas, material de construcción de fácil limpieza, el personal que manipulan los alimentos que tengan buena higiene etc.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de una buena higiene en las cocinas de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para realizar esta investigación se ha buscado en páginas de internet decantándonos <https://www.ocu.org/a> por esta página lo encontramos más completo e información más interesante para comprender la importancia de tener una buena higiene. Es una serie de normas a seguir para evitar los riesgos más frecuentes en las cocinas colectivas, es muy aconsejable tener en cuenta otras prácticas sobre desinfección, almacenaje, limpieza, trazabilidad, etc. la probabilidad de evitar los microbios y bacterias y una contaminación cruzada.

4 Resultados

En el trabajo debemos seguir unas normas para evitar contaminaciones.

Debe de ser prioritario el lavado de manos es fundamental y más en tiempos de pandemia.

El personal debe utilizar ropa de trabajo apropiada y no utilizar ropa de calle, usar guantes gorros y mascarillas.

Evitar plagas como, los redores cucarachas.

Ventilación natural la extracción de humos que esté en condiciones para evitar contaminaciones.

Las suelos, paredes azulejos, puertas deben de ser de un material de fácil limpieza y que no sea poroso.

Se deben poner mosquiteras para las ventanas que dan al exterior para evitar la presencia de insectos.

Es importante la marcha adelante para evitar la contaminación cruzada, entrada de género, cámaras cuartos fríos, cocina caliente, emplatado, desemplatado y deben de estar separadas.

Almacenaremos el género no perecederos, latas conservas, legumbres, leche, azúcar pastas, arroces etc.

Cámaras: donde se almacenara, los lácteos, verduras y frutas, pescados, carnes y en el congelador productos congelados todo separado si disponemos de sitio.

Debemos utilizar distintas tablas para la pre elaboración del género que se va a cocinar, para así evitar la contaminación cruzada.

Utilizar los huevos pasteurizados, sobre todo para mayonesas y salsas. De esta forma, se eliminara los huevos crudos y el riesgo de salmonelosis.

Alimentos refrigerados: si no se sirven de inmediato, todos los alimentos deben conservarse refrigerados, protegidos con film transparente o recipientes de cierre hermético.

Se debe utilizar detergentes, y temperaturas adecuadas para la desinfección los utensilios tanto de cocina como lo que baja de planta.

Zona de residuos separada del resto de la cocina, como los aseos y vestuarios del personal.

Por cuestión del Covid-19 pondremos más cuidado a la hora de manipular los productos, siempre usar mascarillas, guantes desechables.

5 Discusión-Conclusión

Siempre hay que tener en cuenta la limpieza y comprender los peligros presentes puede ayudar a evitar accidentes y enfermedades derivadas de la higiene en la preparación de alimentos. La seguridad en la cocina es fundamental para la preparación y cocción de los alimentos es importante seguir las normas para poder evitar las contaminaciones. No olvidar que las bacterias mueren por calor, algunas toxinas son resistentes al tratamiento térmico. Por tanto, reducir el riesgo y poder evitar que las materias primas con las que vas a preparar tu plato se contaminen y llegue a surgir un problema grave de enfermedad o intoxicación.

6 Bibliografía

1. <https://www.ocu.org/a>.
2. <https://enlacocina.telemesa.es/>.

Capítulo 416

CÓMO HACER UN BUEN PLAN DE CALIDAD

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

DAVID DIAZ MARIANO

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

1 Introducción

Es tener un buen servicio la calidad que es necesaria para que establecen los requisitos mínimos. La calidad y la importancia y del proceso que se tiene que llevar , la contribución en la salud es primordial para confeccionar el plan de calidad y en tiempo real de la información se considera una iniciativa valiosa tanto para las empresas, cocinas hospitalarias y cocinas colectivas .Todo esto es el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Esto lleva a tener un buen plan de calidad.

Los planes de calidad se conciben con el fin de proporcionar a las instituciones una herramienta eficaz que permita aumentar la satisfacción del usuario. Un Plan de Calidad es lo que tenemos que hacer para poder afrontar a las instituciones, para la mejora de la calidad de la gerencia y llegar a los resultados deseados tener al usuario bien para que su estancia sea lo mejor posibles y llegue a una pronta

recuperación. La importancia de implantar un buen plan de calidad son las acciones que debemos de enfrentar para mejorar la calidad de las cocinas hospitalarias, por ello para conseguirlo, es imprescindible realizar varias certificaciones, unas que son obligatorias y otras que se implantan voluntariamente y recogerlas en la documentación adecuada.

2 Objetivos

Describir cómo debe ser un buen plan de calidad.

3 Metodología

Para realizar esta investigación estado mirando varias páginas de internet decantándome por, esta paginas l Reglamento general sanitario, plan de calidad de salud y la información más completa e interesante para comprender la importancia de tener una buena formación y conocer los tipos de documentos que detallan los procedimientos, fases, responsabilidades personas implicadas y recursos que se deben utilizar para garantizar la calidad de un proyecto para ello.

4 Resultados

Hay que tener en cuenta la mayoría de normas básicas y tener vigente la inscripción en el registro para tener un buen plan de calidad.

Cumplir la normativa específica aplicable al sector de instituciones hospitalarias. Las mismas pueden ser no aplicadas en situaciones particulares y siempre tienen que estar justificadas. Dichas excepciones deberán ser documentadas y fundamentadas.

- Reglamento (CE) 178/2002, de 28 de Enero de 2002, del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria
- Reglamento (CE) nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la higiene de los productos alimenticios.

Para asegurar que vamos a tener un buen plan de calidad vamos aplicar algunas indicaciones para conseguirlo.

- El establecimiento debe a ver un botiquín de primeros auxilios equipado con todo lo necesario.

- En materia de seguridad de las instalaciones (salidas de emergencia, extinción de incendios, señalización, protección, etc.).
- Debe de existir un plan de evacuación.
- Se debe garantizar la seguridad de los trabajadores y de los usuarios.
- Referente a mercancías y residuos, se debe cumplir en lo posible la normativa ambiental generada por la institución.
- Se debe cumplir con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Se debe tener una iluminación adecuada y suficiente la zona destinada a la manipulación y preparación de alimentos.
- Las instalaciones deben cumplir la reglamentación técnico-sanitaria vigente para el sector.
- Cámaras frigoríficas: deben de estar bien separadas. Pescados, carnes, alimentos cocinados, etc.
- Cámaras de congelación (subdivididas en varias según el alimento: pescados, carnes, etc.
- Debe de haber un almacén de alimentos no perecederos y bebidas.
- Las instalaciones deben quedar a merced de cualquier inspección que las autoridades sanitarias realicen.
- La cocina debe estar equipada con todo lo necesario que hay en una cocina.
- Se debe de haber diferentes zonas de almacenamiento debidamente señalizadas según el producto a almacenar.
- El Almacén de productos de limpieza debe de estar separado de donde se manipulan los alimentos.
- Cada zona tiene que tener la humedad, ventilación y temperatura adecuada.
- Se debe disponer siempre de todo lo necesario.
- Se debe asegurar un correcto sistema de ventilación y extracción de humos.
- Los platos debe estar a la temperatura adecuada, ya sea caliente o fría.
- Se lavara con agua para una correcta desinfección con agua según la necesidad.
- Se debe hacer un seguimiento de los productos almacenados para evitar que lleguen al cliente aquellos que puedan estar en mal estado o que hayan sobrepasado su fecha de caducidad.
- Se deben gestionar adecuadamente los alimentos hallados en mal estado durante el almacenaje.
- Los productos almacenados deben estar identificados adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

El Departamento de Calidad tiene como misión crear las herramientas, procesos, y medios que puedan permitir a la institución cumplir. Podemos decir que un plan de Calidad es un documento organizador de actividades, población con sus metas, podemos resumir que lleguen a tener una satisfacción buena de los usuarios, que es preservar su salud física y mental, para brindar así una mejor calidad de vida que debe de especificar qué procedimientos y recursos asociados se deben aplicar, quién y cuándo deben aplicarse el modelo de gestión de calidad en cada una de los establecimientos de salud comprometidos con la atención de salud de la institución.

6 Bibliografía

1. Plan de calidad de salud.
2. Reglamento general sanitario.

Capítulo 417

LAS COCINAS HOSPITALARIAS: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA PRE ELABORACIÓN DE LOS ALIMENTOS

MARIA DEL CARMEN MORENO SANCHEZ

DAVID DIAZ MARIANO

ALEJANDRINA PLIEGO TRUJILLO

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

MARIA DEL CARMEN LOPEZ BALLESTEROS

1 Introducción

El pre elaborado en las cocinas hospitalarias, es donde se preara el género, para su elaboración es una zona establecida a trabajar la materia prima en bruto, en esta zona se razona y se limpia, y una vez listas se comienza con su proceso de cocción y se distribuyen a la cocina o a las cámaras para su conservación. También en esta zona se pueden llegar a elaborar, salsas o guarniciones y acabado de platos. Son cocinas que son de grandes dimensiones y las empresas que las montan y diseñan, lo hacen de nueva generación y también la ubicación de equipos, maquinaria y batería dentro de la misma. Hacen hincapié en el circuito donde circula el género haciendo la marcha. En los cuartos fríos de pre elaboración en función del tipo de alimento con el propósito de asegurar que los alimentos salgan lo más limpios posibles las carnes limpias de grasas, pescados limpios, verduras

y vegetales lavadas, Identificar la necesidad de manipulaciones previas de las materias primas, reconociendo sus características y posibles aplicaciones, para ejecutar los procesos de pre elaboración. , donde el trabajador deberá saber sus funciones a la hora de empezar con poner a punto el lugar de trabajo, preparando espacios, maquinaria, útiles y herramientas. Hacer la tarea de pre elaboración que se aplica con las diferentes técnicas que se realizan a las materias primas, según sean sus características.

2 Objetivos

Describir la importancia de la pre elaboración de los alimentos en las cocinas hospitalarias.

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 cualquier caso, la limpieza e higiene será importante en nuestro trabajo, pero también mantener los productos a temperatura adecuada. Todo alimento antes de cocinarlo se conserva en frío, así que es ideal que los pre-elaboración se hagan de forma rápida y en lugares frescos. Las pre-elaboración son todos aquellos procesos a los que sometemos los alimentos antes de cocinarlos, desde su limpieza y corte que son las básicas. Otros procesos como la recepción, almacenamiento y la conservación del género, también forman parte de este proceso de pre-elaboración en la cocina. Apartes de las técnicas básicas, existen otros muchos más procesos que se consideran pre-elaboraciones en cocina: algunos de ellos son picar, triturar, mechar, albardar, deshidratar licuar, marcar, dorar, blanquear y chamuscar.

Para tratar la carne deberemos deshuesar y pulir, quitando las partes innecesarias por ejemplo los pollos, chamuscar para eliminar, restos de plumas, pellejos muñones garganchón, lavarlos, quitar restos de grasas nervios que puedan

dan sensación de dureza al comerlo, ternillas etc. En las frutas y verduras es importante lavarlas con abundante agua para quitar bien la tierra y restos que pueden tener, aclarar bien y eliminar las pieles, elementos como defectos de las verduras y hortalizas. Con el pescado, será el alimento más difícil de tratar ya que es muy delicado, cortar las aletas, cabezas, restos de tripas, escamas y hermosear el pescado que viene sin arreglar. Algunos productos como las berenjenas alcachofas, manzana, que oxidan y se oscurecen rápidamente. Para evitarlo lo metemos en agua con limón o vinagre.

Otra parte importante de la pre-elaboración son los utensilios los cuchillos adecuados del color que corresponda al igual que las tablas ,ya que para el corte y manipulación de cada alimento necesitaremos Por ejemplo el cuchillo con tabla roja es para carne, amarillo para el pollo, verde para las verduras y hortalizas pescados azules.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en consideración que vas a trabajar en un espacio donde es importante para la pre elaboración, comprar, almacenar, preparar, cocinar y distribuir alimentos, hasta que llegan al consumidor, con todo esto podemos considera que pre elaborar son aquellos procedimientos que hay que realizar a los alimentos limpiar y eliminar todo aquello no comestible y en algunos casos, incluso desinfectar el producto. Es por ello, que una buena pre elaboración deben de contar con los equipos y espacios junto a los procesos de producción que un cocinero podría obtener unos buenos resultados en la elaboración de sus platos para ello debe de conocer perfectamente aquellas maquinarias de equipos de cocina que debe de usar en su trabajo, las instalaciones adecuados, además de la batería y herramientas básicas utensilios para lograr este fin. También podemos relacionar con la pre elaboración es todos los procedimientos de cortar o trocear que se tienen que realizar a los mismos, siempre en acorde a las necesidades de las elaboraciones de cocina a las que estén destinados, así como los procedimientos que se deben de realizar para conservar durante y tras manipular hasta el momento de su elaboración y posterior consumo.

6 Bibliografía

1. <https://ivac-eei.eus/>.
2. <https://www.colavem.es/>.
3. <http://www.recetasdiarias.com/>.

Capítulo 418

TRATAMIENTO FARMACÉUTICO PARA EL COLESTEROL

AMELIA AGUARON LANGARITA

1 Introducción

Comenzaremos indicando que el colesterol es necesario para el buen funcionamiento de nuestro organismo, sólo que si se encuentra en niveles muy elevados en sangre puede pegarse a nuestras arterias bloqueándolas o estrechando su grosor lo que dificulta el paso sanguíneo a través de ellas.

El colesterol se trasporta por la sangre en proteínas que se llaman lipoproteínas. Los medicamentos pueden ayudar a controlar el colesterol, pero no ofrecen una total curación, es por ello que la dieta y llevar una vida sana juegan un papel fundamental para mitigar los problemas que causa a nuestra salud el tener el colesterol alto.

Existen dos clases de colesterol el LDL y el HDL.

El colesterol que tiene baja densidad se llama LDL, se le conoce comúnmente como colesterol malo.

Es peligroso porque si se acumula y llega a tener concentraciones altas en sangre se acumulan en forma de placas en las arterias provocando infinidad de problemas.

Después está el llamado colesterol bueno también conocido por HDL, que tiene como misión transportar el colesterol de cualquier parte del cuerpo donde se encuentre hacia el hígado donde posteriormente se produce su eliminación.

Esta circunstancia de tener niveles de colesterol altos en sangre puede provocar accidentes cardiovasculares de distinta gravedad, de ahí la importancia de tenerlo controlado.

2 Objetivos

- Definir que es el colesterol, explicar los tipos existentes y lo que puede acarrear mantener unos niveles de colesterol altos en sangre.
- Nombrar distintas opciones de tratamientos farmacológicos y varios consejos que pueden ayudar a mitigar el problema.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en la revisión bibliográfica de la literatura científica existente y de la lectura de distintos artículos en diferentes bases de datos que tratan esta problemática.

4 Resultados

Hemos podido constatar que el colesterol alto es una situación que produce un riesgo para nuestra salud, ya que favorece la aparición de enfermedades cardíacas. Esto se traduce en una mayor probabilidad de sufrir un infarto agudo de miocardio que es actualmente, la primera causa de muerte en España por delante del cáncer.

Aunque el colesterol es una sustancia muy importante para el organismo porque interviene en la formación de los ácidos biliares y éstos a su vez resultan imprescindibles para la digestión de las grasas, no debemos olvidar que un nivel demasiado alto en nuestras arterias puede provocarnos graves enfermedades.

La sangre transporta el colesterol desde nuestro intestino o el hígado hasta el resto de los órganos.

Con la realización de una analítica de sangre o de un perfil lipídico se puede conocer el nivel de colesterol en sangre que tenemos.

Cuando el valor supera 200mg/dl se habla de hipercolesterolemia y cuando se encuentra por encima de 240mg/dl el riesgo de sufrir un infarto queda multiplicado por dos.

No presenta ningún síntoma que nos advierta de la presencia de colesterol alto en nuestro cuerpo, por ello la única opción para conocerlo es la realización de una analítica.

Consejos saludables para evitar el colesterol podrían ser: aumentar el consumo de pescado, verduras y frutas, hortalizas, limitar el consumo de alcohol, dejar de fumar, suprimir las grasas saturadas que están presentes en la bollería industrial,

platos precocinados e incluso en las carnes rojas, incorporar lácteos desnatados a la dieta.

Se relaciona la obesidad con el colesterol alto por ello es conveniente bajar de peso en esta circunstancia.

El tratamiento farmacológico que nos ofrece la industria farmacéutica es amplio aquí van unos ejemplos:

- Estatinas.

Son fármacos que actúan bloqueando una sustancia que el cuerpo necesita para producir colesterol. la atorvastatina, lovastatina, simvastatina, rosuvastatina son ejemplos.

- Fibratos.

Son fármacos que reducen los triglicéridos y así se ayuda a controlar el colesterol:

- Inhibidores de la absorción de colesterol.

Son fármacos que ayudan a bajar la cantidad de colesterol que proviene de los alimentos que ingerimos.

5 Discusión-Conclusión

Me parece interesante conocer que los niveles de colesterol en sangre deben de mantenerse en niveles adecuados para así poder evitar enfermedades cardiovasculares muy peligrosas como el infarto de miocardio por ejemplo.

He podido constatar que es una enfermedad que no tiene cura, realmente los medicamentos suponen una ayuda para intentar controlar los niveles de colesterol en sangre y que no excedan de lo aconsejado, pero creo también firmemente, que el llevar una vida sana y ordenada, cuidando la alimentación, haciendo ejercicio moderado y evitando el consumo de ciertas sustancias nocivas como el tabaco, las grasas saturadas que se encuentran en la bollería, etc.; puede ayudarnos a controlar y evitar que el nivel de colesterol en sangre aumente.

6 Bibliografía

1. Medline.
2. Revista el farmacéutico, profesión y cultura.

Capítulo 419

EL ASEO DEL PACIENTE: NECESIDADES HIGIÉNICAS DEL PACIENTE

DIEGO PILLADO CASTRO

1 Introducción

La higiene es una suma de procesos que permiten una defensa de la piel contra las enfermedades. Sin dicha higiene, la enfermedad puede ser más grave debido a que nuestro organismo se hace menos resistente.

En las personas enfermas, estén hospitalizados o no lo estén, la higiene pasa a ser fundamental ya que puede pasar a depender del grado de invalidez o de las capacidades para hacerlo.

En una persona enferma la higiene debería hacerse incluso con más cuidado que una persona sana, ya que se realiza con el objeto de que la piel cumpla perfectamente sus funciones.

Existen varios tipos de baños higiénicos para lograr el aseo del paciente hospitalizado.

1. Baño completo en cama: procedimiento empleado para el paciente encamado y sin movilidad.
2. Baño en la cama: procedimiento empleado para el paciente con movilidad pero que no se puede levantar, puede ser auxiliado en caso necesario en pies, espalda, etc.
3. Baño parcial: se realiza únicamente el aseo de las zonas proclives de desprender olor o causar incomodidad al paciente (axilas, zona perineal, espalda, etc.).

4. Baño en bañera o ducha: de poder hacerse es el mas recomendado por su comodidad.

El aseo y cubrir las necesidades higiénicas del paciente hospitalizado es uno de los factores fundamentales para la comodidad y buena recuperación del enfermo.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del correcto mantenimiento de una adecuada higiene en el paciente hospitalario.
- Explicar brevemente la técnica, materiales y los diversos tipos de aseo que se suelen utilizar en la higiene del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha hecho una investigación que consiste en una revisión bibliográfica de la literatura adecuada existente. Se ha realizado una búsqueda de libros y se han consultado artículos de algunas de las bases de datos: Pubmed, Medline, etc.; seleccionando algunos de ellos con contenido relacionado al capitulo a realizar.

4 Resultados

La higiene en la piel es fundamental para el buen estado y comodidad del paciente. La piel sucia de orina, excrementos o suciedad en general tiene el riesgo de macerarse, lo que supone un riesgo para el bienestar del paciente.

Con un buen aseo del paciente se pretende:

- Conservar el buen estado de la piel, eliminando la suciedad y el olor. La buena higiene consigue que la piel realice sus funciones con eficiencia y no se puedan producir infecciones bacterianas.
- Fomentar la circulación sanguínea beneficiando el retorno venoso en pacientes acostados.
- A veces disminuir la temperatura del cuerpo en caso de fiebre, baño o ducha con agua fría.
- Reforzar al paciente en su sensación de autoestima la tener sensación de limpieza.

El enfermo:

- En el trato al paciente debe tenerse muy en cuenta el pudor de la persona ya que nadie se encuentra cómodo al mostrar su desnudez, por lo que para minimizarlo se cubre al paciente con una sábana parcialmente. Siempre moveremos al paciente con suavidad.
- Actuaremos lo mas rápido posible para disminuir el cansancio.
- Procurar evitar enfriamientos para lo cual se intentará dejar al aire solo la zona a limpiar y tapar el resto del cuerpo.
- Secar rápidamente después de el cuidado.
- Acomodar de nuevo al paciente.

La técnica empleada en el aseo:

- Se debe limpiar cada zona del cuerpo por separado.
- Preparación del material antes del aseo, se colocara próximo para su utilización.
- El paciente será informado del procedimiento a realizar.
- Colocar al paciente en la posición mas cómoda posible reduciendo sus movimientos.
- Proteger el enfermo y la cama.
- Cambio de ropas sucias, etc.
- Dejar todo en orden.

El lavado se hará siempre de arriba hacia abajo.

El material empleado en el aseo:

- Elementos de protección, sabanas, hules, etc.
- Elementos de lavado. Toallas, guantes, esponjas, etc.
- Higiene bucal. Cepillo de dientes, pasta, etc.
- Elementos de recambio. Ropa de cama, del enfermo, etc.
- Elementos de evacuación. Orinal, cuña, bolsa de ropa sucia, etc.

El aseo completo será un baño de limpieza diaria, bien en bañera, en plato de ducha o en la cama.

5 Discusión-Conclusión

El aseo y las necesidades higiénicas del paciente son una de las prioridades para el personal sanitario y no sanitario, ya que con ello se garantiza, además de la comodidad, autoestima y confort del paciente, que la piel realice sus funciones con total normalidad y seguridad, algo fundamental para evitar posibles infecciones bacterianas.

Para la realización de las tareas relacionadas con el aseo y la higiene del paciente, el celador debe conocer los distintos tipos de aseo del paciente (baño en ducha, aseo en baño, baño completo en cama, etc.) así como las técnicas y pasos a seguir en el aseo.

El celador debe conocer las técnicas de movilización del paciente (paso de decúbito supino a posición lateral y viceversa, etc.) para poder realizar la actuación con rapidez, seguridad y comodidad para el paciente.

Normalmente las funciones del celador en el aseo de pacientes, es la asistencia y ayuda a la TCAE, sobre todo en lo que se relaciona con la movilidad y el cambio postural de los pacientes.

El estatuto del personal no sanitario, atribuye al celador estas funciones específicas: "excepcionalmente lavaran y asearan a los enfermos masculinos que no puedan realizarlo por si mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta".

"Bañarán a los enfermos masculinos que no puedan hacerlo por si mismos, atendiendo a las instrucciones de las supervisoras de planta".

6 Bibliografía

1. Manual del celador de instituciones sanitarias (Editorial Mad. Marzo 2018).
2. Celador (Editorial Mad. Enero 2019).

Capítulo 420

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. RIESGOS LABORALES DEL CELADOR

DIEGO PILLADO CASTRO

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario existen gran número de riesgos físicos y psíquicos directamente relacionados con el trabajo que se desarrolla.

Los celadores están sujetos a riesgos derivados de su trabajo específico, en concreto los riesgos a los que están expuestos pueden ser riesgos biológicos, riesgos químicos, alergias profesionales, riesgos físicos, riesgos psicosociales y accidentes.

Dentro de los riesgos físicos, casi todas las situaciones se dan a causa del trabajo de manipulación de cargas tanto de enfermos como de material o aparatos, así como los desplazamientos que realizan al trasladar muestras biológicas.

Dentro de los riesgos psíquicos, los problemas pueden tener varias causas, entre las que cabe destacar el trabajo cara al público que en muchas ocasiones suele ser muy exigente, las situaciones de estrés que se suelen dar, por ejemplo en Urgencias y por otro lado el Síndrome de Burnout.

En España existe una ley específica que regula todo lo relacionado con el ámbito laboral en relación a la prevención de riesgos laborales, es la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, publicada en el BOE número 269 de 10 de Noviembre.

Todo el desarrollo específico de los riesgos y medidas de prevención para los Celadores viene derivado de dicha Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de riesgos laborales a los que puede estar expuesto el Celador en su puesto de trabajo.
- Explicar brevemente algunas de las causas que pueden dar lugar a que se produzcan dichos riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha hecho una investigación que consiste en la revisión bibliográfica de la literatura adecuada existente. Se ha realizado una búsqueda de libros y se ha consultado artículos de algunas bases de datos como Scielo, etc.; seleccionando algunos de ellos con contenido relacionado al Capítulo ha realizar.

4 Resultados

Cualquier elemento, situación o condición que pueda presentarse en el puesto de trabajo pueden influir negativamente sobre la salud de los trabajadores, que repercute en el equilibrio físico, mental y social puede considerarse un factor de riesgo y generar un riesgo laboral.

Se puede hacer una clasificación de los tipos de riesgos laborales en relación a los Celadores:

1. Riesgos Biológicos: las enfermedades tienen más importancia para el personal del ámbito sanitario que para cualquier otro profesional debido al riesgo de que los enfermos transmitan infecciones al personal y viceversa.

Dentro de estos riesgos biológicos las infecciones más frecuentes son:

- Tuberculosis: esta enfermedad sigue siendo un problema grave para el personal sanitario que se ocupa de atender a comunidades de inmigrantes ya que la tuberculosis sigue siendo una plaga mortal en algunos países. El Celador se encuentra expuesto al contagio al atender, movilizar o transportar enfermos contagiosos, en el traslado de muestras de esputo, etc. La medida más eficaz para evitar contagios es el uso de mascarilla y la ventilación de las salas.
- Hepatitis: la hepatitis B es la enfermedad infecciosa de origen profesional más frecuente. Se transmite por la sangre y penetra en la persona expuesta a través de una erosión en la piel, por ejemplo un pinchazo con una aguja. Las medidas de prevención pasan por el empleo de guantes, medidas de desinfección y ester-

ilización adecuadas de aparatos, dispositivos, etc.; y la vacunación del personal de riesgo.

La hepatitis C tiene la misma forma de transmisión que la B y se recomienda las mismas medidas de precaución, aunque no existe vacuna para este tipo de hepatitis.

La hepatitis A es menos frecuente en el ámbito hospitalario, siendo su transmisión feco-oral.

- Rubeola: el mayor peligro de esta enfermedad es para las embarazadas, existiendo vacuna.
- Citomegalovirus: el mayor peligro es para las embarazadas.
- VIH: se transmite por sangre y fluidos corporales. Si se mantienen las medidas de precaución específica es infrecuente su transmisión.
- Legionela: la transmisión de la legionela es por vía aérea.
- Gripe.

2. Riesgos químicos: en los hospitales se emplean una gran cantidad de productos químicos, entre ellos:

- Anestésicos: pueden producir narcosis cuando se inhalan por lo que debe haber un control exhaustivo en su manejo u una adecuada ventilación en las salas donde se emplea.
- Antisépticos, Formaldehído, Hexaclorofeno, etc.: son sustancias que deben manipularse por personal cualificado ya que pueden producir desde efectos irritantes sobre la piel hasta leucemias.

3. Alergias: las alergias profesionales pueden manifestarse como afecciones cutáneas (dermatitis). Las dermatitis profesionales pueden ser debidas a agentes químicos, físicos y biológicas.

4. Riesgos Físicos: entre los riesgos físicos destacan los trabajos de manipulación de cargas, las radiaciones ionizantes, la temperatura, los ruidos y la electricidad. Se debe prestar también atención a los aspectos ergonómicos del trabajo, sobre todo en los casos de trabajo manual.

5. Riesgo Psicosocial: en este apartado destacaremos el estrés, el trabajo en solitario, la toxicomanía y el trabajo a turnos. Particularizando en el estrés, éste se define como una fuerza coercitiva que actúa sobre una persona, la cual queriendo contrarrestarla se fatiga o se agota. El estrés puede provocar reacciones psicológicas y fisiológicas que puede derivar en una mala realización del trabajo o en un absentismo laboral importante.

6. Accidentes: los accidentes más frecuentes son los cortes, heridas, fracturas (derivadas de caídas) y dolores de espalda. Se define accidente como un acontecimiento inesperado, no previsto que puede provocar lesiones. La causa de éstos

es una interacción entre el medio ambiente, el trabajo y la profesión.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de los riesgos laborales en el ámbito sanitario y las medidas para la prevención de estos riesgos adquiere una gran importancia, no sólo para la protección de la salud física y psíquica del trabajador sanitario (evitando de esta forma las bajas médicas del personal que produce un elevado absentismo laboral), sino en su relación con el paciente enfermo (evitando contagios, accidentes o cualquier situación peligrosa que se pueda producir).

Por ello adquiere una gran importancia la creación de un Servicio de Medicina en el Trabajo que deberá controlar la salud del trabajador sanitario de forma regular, con expedientes médicos, controlando su estado inmunitario y asesorando sobre las condiciones de seguridad e higiene en cada puesto.

6 Bibliografía

1. Prevención de Riesgos Laborales (Editorial Memento Lefevre, Noviembre 2020).
2. Celador (Editorial MAD, Enero).

Capítulo 421

ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANA PÉREZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica se trata de un servicio no asistencial encargado de hacer más fácil al usuario la asistencia sanitaria especializada tanto en régimen ambulatorio como en la hospitalización, encargado también de la gestión de la historia clínica. El Servicio de Admisión es de carácter multidisciplinar.

El área de gestión de pacientes lo conforman las funciones de admisión, de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios. El área de gestión de la documentación clínica engloba las la funciones de archivo de la historia clínica y documentación. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el Sistema de Información Asistencial. Los administrativos y auxiliares administrativos son el personal que va a encargarse de la gestión de la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios, así como, los encargados del manejo de la documentación clínica de los mismos.

Los administrativos y los auxiliares administrativos son parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica y han de organizar y coordinar aquellas solicitudes que revistan un carácter de urgencia y programar entre los diferentes centros, valorando que estén adecuadas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, así como facilitar soporte informativo y

organizativo que sea necesario y que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

2 Objetivos

Enmarcar las distintas funciones que los auxiliares administrativos y administrativos han de llevar a cabo para desarrollar un trabajo correcto dentro de los servicios de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio. Tras llevar a cabo la búsqueda, se han encontrado artículos publicados en inglés, portugués y español. Finalmente se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descriptores establecidos.

4 Resultados

En la gestión de los pacientes, tanto los administrativos como los auxiliares administrativos de los sistemas de salud que forman parte del servicio de Admisión y Documentación Clínica han de integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

Dentro de las distintas áreas básicas de atención (atención ambulatoria, urgencias y hospitalización), se han de efectuar tareas y funciones encaminadas a:

- Una mejor organización operativa en los procedimientos administrativos de acceso y de circulación asistencial de todos los pacientes, con la finalidad de ofrecer facilidades para garantizar una accesibilidad que sea ágil y fácil.
- Organización y evaluación del proceso asistencial, manteniendo la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada y eficiente utilización de los recursos.

- Tratar de obtener los datos que ofrezcan al hospital toda la información sobre la demanda que existe y sobre la actividad asistencial que se ha realizado.

En la hospitalización el administrativo y el auxiliar administrativo que forman parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica han de ejercer la regulación de los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, y de igual modo verificar la actividad de las unidades asistenciales.

Las competencias del auxiliar administrativo en relación con el proceso de hospitalización son:

- Solicitar y programar los ingresos.
- Gestionar la adjudicación de las camas.
- Registrar el episodio de hospitalización.
- Coordinar la organización del proceso asistencial.

Las Urgencias Hospitalarias.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica ha de ofrecer un servicio de apoyo en la organización a la demanda de atención en la unidad de urgencias del hospital, deberá proporcionar el soporte de organización y de información que sea preciso con el fin de garantizar una asistencia adecuada a los pacientes.

Dentro de la Unidad de Urgencias las funciones del auxiliar administrativo y del administrativo, serían:

- Registrar el episodio de urgencias.
- Coordinar la organización del proceso de la asistencia.
- Hacer las derivaciones a los intracentros.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario crear una guía que contribuya a normalizar las funciones que el administrativo y el auxiliar administrativo de la sanidad han de desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, promover líneas nuevas de actuación dentro del campo profesional de la admisión y la documentación clínica. En esta guía se podría encontrar la información que proporcionara las bases para la distribución y la formación de los recursos humanos de forma más óptima.

Su aplicación contribuiría a unificar y normalizar los contenidos de las actuaciones profesionales. Estamos en una época en la que los usos y costumbres sociales, como consecuencia de las nuevas tecnologías, impulsan una evolución de consecuencias imprevisibles, no está de más recordar lo que es una buena

metodología y cómo debe transmitirse la misma, y sería un ejemplo a seguir para todos aquellos profesionales que quieran ser rigurosos en sus trabajos.

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
2. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
3. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
4. Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.
5. Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2), 4.
6. Díaz Rojo, J. A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.
7. Asenjo, M. A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M., & Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública, 73, 417-419.
8. Soler, M. M., & Vasallo, J. M. (2007). Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global, 6(1).

Capítulo 422

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

MARÍA TERESA GARCIA MENENDEZ

1 Introducción

El consentimiento informado, más que un documento formal, es un modelo de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes y familiares, donde el respeto por la autonomía y autodeterminación del sujeto afectado por la enfermedad, es el principio más importante en el proceso de decisión del paciente acompañado por el médico.

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes de la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

En consecuencia, se entiende por consentimiento informado el que presta el paciente para que se lleven cabo en su persona determinadas terapias e intervenciones no exentas de ciertos riesgos para su vida, una vez que se le ha suministrado la información adecuada y la necesidad y el riesgo de aquellas.

En la Ley 41/2002, de Autonomía del paciente, se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

2 Objetivos

Poner de manifiesto los aspectos, características y singularidades básicas del consentimiento informado para la realización de determinadas actuaciones o procedimientos médicos.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente revisando artículos en bases de datos autorizadas como Scielo, PubMed, Medline y Elsevier utilizando para ello palabras clave como: consentimiento, información médica.

4 Resultados

El consentimiento informado tiene dos componentes: la Información y el Consentimiento.

- La información: la información que se facilite será comprensible, veraz y adecuada, de manera que ayude al paciente a tomar su decisión. Por lo tanto, el lenguaje empleado debe tener en cuenta al destinatario, lo que significa que deberá adaptarse a su nivel intelectual y cultural, evitando en lo posible la terminología científica. La información será verdadera incluso en los casos de diagnóstico fatal. La información no será nunca dirigida a buscar una decisión determinada del paciente, debiendo evitar cualquier tipo de manipulación o coacción. La información será verbal, como regla general, lo que facilita la posibilidad de adaptarla información a las necesidades del paciente.

El profesional que atiende al paciente o el que aplique la técnica o procedimiento deberá ser la persona encargada de informarle.

El destinatario de la información es el paciente, salvo que haya manifestado su voluntad de no ser informado. Las personas vinculadas a él por razones familiares, serán informadas en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita, pudiendo éste prohibir la información a cualquier persona.

El paciente será informado, incluso si tiene la capacidad limitada, en función de sus capacidades y grado de comprensión. Los menores tienen derecho a recibir información sobre su salud y el tratamiento médico al que son sometidos en lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico.

El derecho a la información asistencial de los pacientes podrá limitarse cuando, por razones objetivas, el conocimiento de su situación pueda perjudicar su salud

de manera grave.

- El consentimiento: la legislación actual define el consentimiento informado como la voluntad libre, voluntaria y consciente de un paciente manifestada en pleno uso de sus facultades después de haber recibido la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Para que el consentimiento se a válido, el paciente debe estar debidamente informado para adquirir una clara representación del alcance del acto sobre el que va a consentir. Otro elemento esencial es la ausencia de todo tipo de coacción física o psicológica y de manipulación.

Es necesario que quien otorga el consentimiento no esté incapacitado legalmente por sentencia judicial; el encargado de evaluar la capacidad de hecho del paciente es el profesional médico que lo atiende.

El consentimiento debe ser otorgado por el propio paciente, hay que partir de la "presunción de capacidad", es decir, se considera al paciente capaz de decidir mientras no se demuestre lo contrario.

Cuando el paciente carezca de la competencia necesaria para tomar la decisión, será otra persona o institución la encargada de hacerlo en su lugar, ejerciendo la representación o la sustitución. En este caso corresponde pedir el consentimiento al representante o, en su defecto, a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

El consentimiento del paciente debe prestarse antes de la actuación que se va a llevar a cabo, una vez que se ha facilitado la información adecuada. Siempre que sea posible se debe facilitar la información con la antelación adecuada para que el paciente tenga tiempo para reflexionar y solicitar las aclaraciones necesarias para tomar una decisión.

El consentimiento del paciente es revocable y temporal. El paciente debe conocer la posibilidad de revocación, sin necesidad de expresar la causa, debiendo constar dicha revocación por escrito.

Consentimiento informado por escrito:

La regla general es que el consentimiento sea verbal, la exigencia de que sea por escrito es una excepción. La forma escrita solo se exige en los siguientes casos:

- Intervenciones quirúrgicas.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
- Cuando se aplican procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- Procedimientos de carácter experimental que se encuentren en proceso de validación científica o que puedan ser utilizados en un proyecto docente o de investigación.

5 Discusión-Conclusión

El consentimiento informado debe entenderse como un ideal de la relación entre médico y paciente hacia el cual tender, buscando satisfacer uno de los derechos más importantes como el derecho a saber y a decidir sobre la propia vida. El objetivo del consentimiento libre e informado ha de ser el de brindar al paciente la posibilidad de ser autónomo. Es imprescindible que haya un buen entendimiento y una colaboración real entre el médico y el paciente en este proceso.

El consentimiento informado no es una herramienta defensiva frente a posibles demandas judiciales sino un medio para hacer adulta una relación que tradicionalmente corrió el peligro de infravalorar la capacidad de decisión del enfermo.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es>.
2. <https://msdmanuals.com>.
3. <https://www.riojasalud.com>.

Capítulo 423

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

ROSALÍA MATA GONZÁLEZ

1 Introducción

El quirófano es una de las áreas dentro de los hospitales donde el celador tiene unas funciones propias. Es importante que cualquier persona que pase a trabajar en el área de quirófano sepa ciertos aspectos básicos como son conocer las instalaciones que conforman el bloque quirúrgico y sus características, que recursos técnicos, instrumental y material en general se puede encontrar en las salas de quirófano como puedan ser la mesa quirúrgica o mesa de operaciones, el arco de anestesia, la lámpara quirúrgica o escialítica, así como las supletorias, el equipo de anestesia, los sistemas de aspiración, la mesa de instrumentación y la auxiliar, el carro de paradas y los aparatos de rayos X portátiles. También tenemos que tener en cuenta que éste área hospitalaria requiere una serie de medidas en la limpieza y desinfección de la misma que son más estrictas que en otras áreas hospitalarias, por lo que debemos saber las siguientes normas básicas de asepsia:

- Dentro del campo estéril solo puede usarse material estéril.
- Las mesas cubiertas por paños se consideran estériles solo en su superficie.
- El campo estéril debe crearse lo mas cerca posible al momento en el que va a ser utilizado.
- Las superficies estériles deben contactar sólo con otras superficies estériles.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar las partes de un quirófano.

Objetivos secundarios:

- Conocer las funciones de un celador en quirófano.
- Saber la indumentaria básica con la un celador debe entrar en el área quirúrgica.

3 Metodología

Para la realización del este capítulo he llevado a cabo una búsqueda sistemática en la bibliografía existente sobre dicho tema, realizando la búsqueda en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo, utilizando palabras clave como celador, equipos quirúrgicos, normas higiene quirófano.

4 Resultados

El quirófano es el área hospitalaria donde se realiza una cirugía, la cual podemos definir como la parte de la medicina que se encarga de curar, paliar o diagnosticar enfermedades así como reparar o mejorar sus posibles secuelas por medio de intervenciones manuales.

El área quirúrgica se divide a su vez en varias áreas:

- Área de intercambio: aquí encontraremos el área de recepción de los pacientes, despachos, vestuarios y la sala de estar del personal.
- Área limpia: donde podemos encontrar ya el pasillo limpio y el almacén de material estéril. En este área ya es imprescindible la utilización de la indumentaria de quirófano (traje, gorro y calzas).
- Área estéril: es este área ya es necesario el uso de la mascarilla además del resto de indumentaria antes mencionada. En ella se encuentran los quirófanos, la zona de lavado y las áreas de preparación del instrumental estéril. La sala de lavado de manos está anexa al quirófano y la intermedia es la dependencia que comunica con el quirófano a través de una ventana corredera y es el almacén donde se encuentra el instrumental.
- Área sucia o séptica: es el área adyacente al quirófano por donde se va eliminando todo el material sucio procedente de la intervención.
- Antequirófano: es la sala donde permanece el paciente hasta que es introducido en el quirófano y donde se llevan a cabo los cuidados requeridos antes de la operación.
- Sala de reanimación: es la sala donde permanecen los pacientes hasta que están en condiciones de ser trasladados donde corresponda.

Una vez que ya hemos conocido las partes en las que se divide el área quirúrgica vamos a dar a conocer las funciones propias del celador dentro de este área:

1. Trasladar a los pacientes desde sus respectivas habitaciones a las zonas de quirófano comprobando con anterioridad que el paciente se corresponde con la historia clínica que le acompaña.
2. Colocar al paciente en la mesa de operaciones en la postura anatómica correspondiente.
3. Transportar los equipos de diagnóstico necesarios.
4. Ayudar al personal en los cambios de postura del paciente y en la retirada de éste de la mesa de operaciones.
5. Deberán transportar los documentos, analíticas o pruebas que se lleven a cabo durante la intervención, ya sea al laboratorio, banco de sangre o servicio de anatomía patológica.
6. Traslado al paciente a reanimación o donde proceda.
7. Traslado del paciente al mortuario si este fallece durante la operación, así como trasladará también los miembros amputados previa orden del cirujano.

5 Discusión-Conclusión

La zona quirúrgica es bastante compleja en cuanto al material y equipos que se utilizan, por lo que se requiere que los celadores guarden una serie de normas en el desarrollo de su actividad que difieren de las que lleva a cabo en el resto del hospital por lo que es importante conocerlas y llevarlas a cabo de la manera más efectiva posible. Hay que tener muy en cuenta las diferentes áreas en las que se divide el área quirúrgica así como que tipo de asepsia, vestimenta y precauciones se deben de tomar en cada una ellas para que las cirugías se realicen siempre con la mayor seguridad.

6 Bibliografía

1. Marcos Antonio Fernández Suarez. Funciones del celador en el quirófano. Revista Ocronos. Vol. III. Nº 2 – Junio 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº2:150.
2. Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.

Capítulo 424

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO DE UN HOSPITAL

M DOLORES GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

Archivar es organizar documentos, los cuales deben estar ordenados y clasificados, según las normas existentes en el hospital.

Ordenar, consiste en unir los documentos de una clase o grupo de acuerdo a la fecha, alfabeto, número, tamaño, etc.

Clasificar consiste en dividir o separar documentos, estableciendo secciones, subsecciones, series, etc.

El artículo 53 y 13 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común, reconoce el derecho a conocer, en cualquier momento, el estado de tramitación de los procedimientos en los que tengan la condición de interesados y a obtener copias de los documentos contenidos en ellos, y el derecho al acceso a la información contenida en los archivos y registros administrativos, de acuerdo con lo previsto en la Ley 19/2013, de 9 diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y el resto del Ordenamiento Jurídico.

La eficacia de un buen archivo en un hospital depende de la implantación de un buen sistema de archivo, donde la documentación esté bien organizada, se debe tener en cuenta que la documentación producida por las administraciones públicas forma parte de su patrimonio documental, por lo que debe estar custodiado y conservado.

La Ley 11/2007, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos establece los conceptos de expediente electrónico, archivo electrónico e índice

electrónico, y reconoce al ciudadano el derecho a obtener por medios electrónicos copias de los documentos que formen parte de los expedientes administrativos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber que es el archivo.

Objetivos secundarios:

- Diferenciar un archivo de oficina de un archivo central.
- Conocer los criterios para ordenar y clasificar expedientes administrativos.
- Estudiar documentos electrónicos, acceso y ventajas.

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, Google, Pubmed, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En un hospital diariamente se genera un gran volumen de documentos, que deben ser archivados según las normas preestablecidas.

El archivo del servicio de salud son las dependencias administrativas, edificios, locales, instalaciones donde se organizan, conservan o custodian documentos públicos o privados relativos a los datos de los usuarios de cualquier fecha, formato, soporte o material, que han sido generados o recibidos por cada órgano o unidad administrativa, en el ámbito sanitario.

El servicio de salud debe garantizar la adecuada conservación del conjunto del patrimonio documental que le compete.

En los servicios de salud, los documentos no permanecen siempre en el mismo sitio, pues sería imposible su archivo, por lo que a medida que los expedientes sanitarios van siendo tramitados son trasladados de una ubicación a otra en función de las diferentes etapas que van pasando.

Existen dos etapas en el archivo de un hospital:

1. Archivo de oficina:

La primera etapa es el archivo de oficina o de gestión, es la documentación que está en fase de tramitación o sometidos a continua utilización y consulta administrativa, cuando finaliza la tramitación o su etapa de consulta o utilización, serán transferidos al archivo central.

En el archivo de oficina se debe realizar una separación de documentos, por una parte estarían los documentos de apoyo y documentación sin vigencia administrativa y por otro los documentos que están aún en trámite.

Esta documentación, sirve de apoyo a la gestión administrativa, acredita las actuaciones y actividades, organiza los documentos de la unidad.

2. Archivo central:

La segunda etapa es el archivo central, es la documentación que se archiva una vez superado el periodo de tiempo de la primera etapa.

Las funciones del archivo central son:

- Coordinar y controlar el funcionamiento de los archivos de gestión.
- Asesoramiento a las unidades, para su correcta conservación y tratamiento.
- Elaborar el cuadro de clasificación y la identificación de series.
- Custodiar la documentación remitida por las distintas unidades.
- Controlar el acceso a los documentos.
- Valorar según normativa vigente, la conservación permanente de documentos o eliminación.
- Participar en los equipos multidisciplinares responsables del diseño e implementación de la gestión de los procedimientos en soporte electrónico.

Uno de los profesionales que componen el archivo de un hospital son los auxiliares administrativos, cuyas funciones dentro del archivo son:

- Registro de las historias clínicas: donde se registra la entrada y salida de las historias, permite certificar la existencia de un documento.
- Diseño y normalización de documentos.
- Indización: permite localizar los expedientes con facilidad.
- Recuperación de la información.
- Custodia y confidencialidad de la documentación.

Generalmente los criterios para ordenar expedientes administrativos, cuando se trata de documentos en papel son:

- Se crea una carpetilla (expediente) con documentos del mismo asunto, siguiendo un criterio, que puede ser, alfabético, numérico, cronológico etc., con el fin de localizarlos rápidamente, se aconseja indicar en la carpetilla el número de expediente o serie documental a la que pertenece, también se puede poner título del

expediente, fechas extremas o Índice de los documentos que se le van agregando, para llevar un mejor control del expediente.

- Se debe evitar duplicar expedientes, es importante que antes de abrir un nuevo expediente, se debe consultar el archivo por si ya está abierto un expediente del mismo asunto.
- Nunca se debe extraer documentos originales del expediente, se harán fotocopias y si es necesario usar el original, debe quedar constancia en el expediente con los datos del documento, fecha, etc.
- Dentro del expediente, el orden de los documentos se realiza cronológicamente, nunca se archivará en orden inverso, se debe archivar del más antiguo al más reciente. Se debe tener en cuenta que hay criterios de ordenación numérica o alfabética.
- Toda correspondencia, tanto la recibida como emitida, se archivará dentro del expediente.
- Cuando un expediente es complejo, se puede agrupar documentos por trámites en subcarpetas, que serán incluidos dentro de la carpeta del expediente.
- Cuando el expediente ya está tramitado, debe almacenarse en cajas de tipo archivo definitivo, se anotará el título de la serie, el expediente que contiene y número de orden de las cajas. Las cajas deben llenarse pero nunca se deben forzar para su cierre. Es recomendable que en una base de datos esté descrito el expediente, para su localización.

Aquellos documentos que estén en soporte distinto en papel, que pertenecen a un expediente, se separan físicamente de este, pero siempre hay que dejar constancia de su localización.

Se consideran documentos administrativos electrónicos aquellos que son emitidos por medios electrónicos, informáticos y telemáticos, tienen la misma validez y eficacia que un documento original, siempre que se pueda garantizar su autenticidad, integridad y conservación.

Respecto a los documentos electrónicos, estos se deberán conservar en un formato que permita garantizar la autenticidad, integridad y conservación del documento, así como su consulta con independencia del tiempo transcurrido desde su emisión.

Respecto a los mensajes de correo electrónicos, son considerados documentos de archivo cuando son enviados o recibidos como resultado de un trámite relacionado con actividades propias del hospital, deberán ser gestionados como documentos que se incluirán en el expediente.

El archivo electrónico, debe contar con medidas de seguridad, de acuerdo con el esquema nacional de seguridad, y debe asegurar la identificación de los usuarios

y el control de acceso.

Los requisitos que debe cumplir el archivo electrónico son:

- Integridad, es decir, no debe ser alterado y debe estar completo.
- Disponibilidad, es decir, que pueda ser localizado, recuperado, o interpretado cuando se necesite.
- Confidencialidad, que nadie no autorizado, pueda acceder a la información de los documentos archivados.
- Autenticidad.
- Conservación de los documentos.

Actualmente se está digitalizando toda la documentación, permite convertir un documento de soporte papel en soporte electrónico. Permite un mayor almacenamiento de documentos y que múltiples usuarios puedan consultar la documentación al mismo tiempo.

El archivo, bien sea el de oficina o central, cada órgano administrativo es el responsable de su conservación, tratamiento y recuperación, impidiendo su incorrecta manipulación, deterioro o eliminación.

El derecho de acceso a los archivos, conlleva el derecho a obtener copias o certificados de documentos, deberá realizarse mediante escrito dirigido al órgano administrativo responsable.

Cuando se deba eliminar algún documento, debe ser autorizado de acuerdo a lo dispuesto a la normativa.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier hospital o centro sanitario, se generan diariamente multitud de documentos, que pueden ser en papel o en formato digital, deben ser ordenados y clasificados.

Las historias clínicas, deben estar actualizadas en todo momento, para que cualquier facultativo, pueda acceder a la historia y prescribir un tratamiento, según los datos facilitados en la misma.

Los usuarios en cualquier momento tienen derecho a conocer el estado de tramitación de un expediente o conocer su historia clínica, por ello, debe haber un archivo ordenado y clasificado.

Actualmente en los hospitales y centros de salud se digitaliza toda documentación, supone un ahorro de espacio, de material, de recursos y especialmente de ahorro de tiempo, buscar un expediente o historia clínica en un ordenador ocupa menos tiempo que buscar un expediente en papel, las búsquedas

son instantáneas.

Cuanto más eficiente sea el sistema de clasificación y gestión de los archivos, mejor servicio se puede ofrecer a los usuarios, siempre se debe garantizar la seguridad de la información, pues toda la documentación es confidencial.

Es importante, por tanto, que el personal que presta sus servicios en el archivo, bien sea en el archivo de oficina o central, esté actualizándose constantemente, por lo que es necesario entender la formación como un proceso que desarrolla habilidades, aptitudes, actitudes que el puesto de trabajo requiere.

6 Bibliografía

1. Y la Clasificación ¿Qué es? cómo puede ayudarme [Internet] [Consulta 2 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.uma.es>manual-para-archivos-de-oficina>.
2. Organización de archivos: Clasificación, Ordenación, Instalación [Internet] [Consulta 2 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.bibliopos.es>organizacion-archivos-clasifi>.
3. La importancia de la archivística en el ámbito sanitario [Internet] [Consulta 2 de mayo 2022] Disponible en: <https://revistade medica.com>importancia-archivistica-am>.
4. Gestión documental del sector salud: más calidad para tu .[Internet] [Consulta 2 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.docunecta.com>blog>gestion-document>.
5. Tema10 Concepto de documento, registro y archivo .[Internet] [Consulta 5 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.cgtsanidadlpa.org>administrativo>t>.
6. Real Decreto 1708/2011, de 18 de noviembre, por el - BOE.es [Internet] [Consulta 5 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.boe.es>buscar>pdf>BOE-A-2011>.
7. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento - BOE.es [Internet] [Consulta 5 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.boe.es>buscar>act>.
8. Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad - Agencia [Internet] [Consulta 6 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.aepd.es>media>guias>guia-pacien>.
9. Tema 22 - Los archivos: concepto y tipos de – Oposinet [Internet] [Consulta 6 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.oposinet.com>tema-22-los-archivos-conc>.
10. TEMA 2. El archivo.[Internet] [Consulta 6 de mayo 2022] Disponible en: <https://ocw.unileon.es>>

uploads › sites › 2014/02

11. Concepto y función de archivo Clases de archivos El Sistema [Internet] [Consulta 6 de mayo 2022] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/sisarchivesp>.

Capítulo 425

RIESGOS Y MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DENTRO DEL PERSONAL DE LAVANDERÍA

MONICA MARTINEZ COSIO

1 Introducción

Todas las personas que realizan algún tipo de trabajo están expuestas a riesgos asociados con su empleo. En este caso, los relacionados con la lavandería en los centros sociosanitarios no son para menos, y por ello, es necesario hacer hincapié en aquellos riesgos que pueden aparecer en los trabajadores y sus posibles medidas preventivas.

No se puede obviar que el servicio de lavandería es un servicio indispensable para lograr el buen funcionamiento del hospital, ya que la lencería que se usa dentro del hospital puede llegar a ser uno de los principales focos de contaminación puesto que se encuentra en contacto continuo con el paciente.

Dentro del lugar del trabajo pueden suceder accidentes laborales por lo que es necesario cumplir con las exigencias y normas para garantizar la mayor seguridad posible.

Los accidentes pueden aparecer en cualquier momento, por lo que habrá que tener medidas adaptadas y evaluar los riesgos según el área en el que estés trabajando (secado, planchado, reparación, empaquetado, clasificación, entre otros): Durante el presente capítulo, se hará un breve recorrido empezando por los diferentes riesgos que se encuentran asociados a dicha actividad, las medidas preven-

tivas más comunes dentro de este ámbito y cuáles son aquellos accidentes más comunes.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos que se pueden producir en el lugar de trabajo (lavandería).
- Identificar las medidas preventivas que se pueden implementar para reducir lo máximo posible los riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo ha sido necesario consultar diversos artículos utilizando como buscadores principales Google Académico y Dialnet. Principalmente, el artículo que se ha utilizado para extraer la información más relevante es "Colección de Manuales en Actividades Sanitarias y Servicios Sociales".

4 Resultados

Durante la jornada laboral pueden producirse diversos accidentes, los principales son:

- Golpes, caídas y cortes: para evitar que esto se produzca se debe llevar un orden (no dejar las bolsas o carros por las zonas de paso), realizar una limpieza del suelo cuando se derrame cualquier líquido o se condense, utilizar calzado adaptado que sea antideslizante, las estanterías deben estar estables y sin sobrecargar, y por último, los cables no deben estar por el suelo.
- Quemaduras: estas se pueden producir por el vapor, calentamiento de las lavadoras/secadoras o contacto con planchas. Para evitarlo se debe esperar unos minutos a abrir la secadora una vez finalizado el ciclo, respetar las señales de contacto térmico y se debe apoyar la plancha en la zona indicada cuando no se está usando.
- Desmayos a causa del estrés térmico por calor: se debe beber agua de manera frecuente para evitar la deshidratación, alternar el ritmo de las tareas y activar los sistemas de ventilación o abrir ventanas.
- Atrapamientos: para evitar que esto suceda no se debe anular ninguna protección de los equipos ni manipular los mecanismos y se debe evitar trabajar con pulseras, ropa holgada o pelo suelto ya que pueden quedar enganchada en los rodillos.

- Contactos eléctricos: se deben desconectar los equipos eléctricos antes de limpiarlos y revisar el estado de los cables (aislamiento), evitar tirar de los cables para desconectarlos o enchufar aparatos que puedan tener defectos, además, se debe evitar manipular el cuadro eléctrico.
- Riesgo químico: al exponerse a productos como detergentes pueden producirse intoxicaciones o eczemas en la piel si no se manipulan de la manera correcta. Se debe leer la etiqueta del producto antes de manipularlo, intentar conservar los productos en su envase original y no realizar trasvases de productos a otros envases ya que pueden reaccionar con gases tóxicos.
- Contagios o infecciones: utilizar guantes de látex y mascarilla (durante la clasificación y recepción de ropa sucia), aumentar la higiene personal (lavado de manos) y vacunas.
- Lesiones musculoesqueléticas: durante el trabajo se realizan posturas forzadas que pueden dar lugar a problemas musculoesqueléticos (movimientos repetitivos, manejar elementos pesados). Para intentar reducir la probabilidad de que esto ocurra, se debe utilizar los carros de la ropa, usar guantes de tu talla, coger la ropa con dos manos en el caso de que sea voluminosa, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

El personal de lavandería de los centros sociosanitarios están expuestos a sufrir riesgos relacionados con su bienestar a causa de los ritmos de trabajo intensos, trabajo nocturno, monotonía, movimientos repetitivos, entre otros muchos que pueden llegar a afectar a la salud psíquica y física del trabajador.

Por ello, se deben tener en cuenta una serie de medidas preventivas que se pueden incorporar en el lugar de trabajo para reducir lo máximo posible los riesgos, entre ellas se pueden destacar la buena organización del lugar de trabajo, usar un atuendo de trabajo correcto, evitar usos de complementos que pueden dar lugar a accidentes con los rodillos y la lectura del producto antes de usarlo o de manipularlo.

6 Bibliografía

1. Colección de manuales en actividades sanitarias y servicios sociales: "buenas prácticas en prevención de riesgos laborales: personal de lavandería".

Capítulo 426

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

DIEGO PILLADO CASTRO

1 Introducción

Actualmente el concepto enfermedad abarca términos más amplios, entre ellos el estado mental de la persona, el cual forma parte de la salud de la población. Pero hasta la aparición de la Ley General de Sanidad, la asistencia psiquiátrica ha estado separada de la atención sanitaria.

El personal que trabaje en Unidades Psiquiátricas debe ayudar a los pacientes a independizarse lo antes posible y a conservar sus necesidades con un adecuado nivel de salud.

Estas necesidades van a depender de los siguientes factores:

- Del estado físico.
- Del medio familiar.
- Del medio sociocultural.
- De la capacidad intelectual.

Cuando no se cumplan estas necesidades aparecerán factores de riesgo para el equilibrio mental.

La Salud Mental se ha definido por la OMS(Organización Mundial de la Salud) como el resultado de la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud, necesarios para obtener un completo bienestar.

Enfermedades Mentales más frecuentes:

1. Trastornos Mentales Orgánicos: su patología es de origen orgánico (por ejemplo una lesión cerebral) y según su evolución las dividimos en:

- Demencias: aparición crónica.
- Delirios: aparición aguda.

2. Trastornos Psicóticos:

- Esquizofrenia: paranoide, hebefrénica o desorganizada, simple, catatónica, indiferente, residual y Post-esquizofrenia.

-Trastorno esquizotípico.

-Trastorno esquizoafectivo.

-Trastorno de ideas delirantes:

Persistentes: persecución, hipocondríaco. erotomaniaco, celotípico, reivindicación y grandeza.

Inducidas.

3. Trastornos Afectivos:

- Depresivos.
- Manía: episodio maníaco, trastorno bipolar.
- Psicosis maníaco-depresiva.
- Suicidio: deseo, intento y realización.

4. Trastornos Neuróticos:

- Ansiedad.
- Pánico.
- Fobia.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos somatomorfos: trastornos de somatización, trastornos hipocondríacos, trastornos conversivos y despersonalización.

5. Trastornos de la Conducta Alimentaria:

- Anorexia nerviosa.

6. Trastornos del Sueño:

- Trastornos primarios del sueño:

Disomnias.

Parasomnias.

- Trastornos asociados a otras enfermedades:

Apnea obstructiva del sueño.

Apnea central.

Alteración del ritmo circulatorio.

Alteración del sueño debido al alcohol o drogas.

Alteración del sueño debido a enfermedades orgánicas.

Alteración del sueño debido a enfermedades mentales.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enumerar los tipos de enfermedades y trastornos mentales existentes.

Objetivos secundarios:

- Explicar la actuación del Celador en el cuidado del paciente psiquiátrico.
- Exponer el concepto de sujeción mecánica.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha hecho una investigación que consiste en una revisión bibliográfica de la literatura adecuada existente. se ha realizado una búsqueda de libros y se ha consultado artículos de algunas bases de datos como Pubmed, seleccionando algunos de ellos con contenido relacionado al capítulo a realizar.

4 Resultados

La relación del Celador con el paciente psiquiátrico se debe basar en la comunicación para así crear un vínculo de relación que debe ser:

- De ayuda al enfermo.
- De confianza.
- De seguridad.

Según el problema mental del paciente se adoptará una serie de actuaciones u otras, pero suelen ser generales para todos los problemas:

1. Mostrar calma e interés.
2. Llamar al paciente por su nombre.
3. No gritar, hablar tranquilamente y no entrar en discusión.
4. No amenazar sino explicar las actuaciones y medios que ayudarán al paciente en su situación.
5. Retirar los objetos peligrosos.
6. Animarles a expresar sus sentimientos.
7. Antes de tocar al enfermo, valorar su situación.
8. Obtener información del paciente.
9. Evitar salas llenas de gente. Si su familia le tranquiliza, permitir su presencia.

10. Actuar siempre acompañado en casos de pacientes violentos.

En los casos en los que hablar no es efectivo se recurrirá a la medicación y a la Sujeción Mecánica.

La Sujeción Mecánica:

El objetivo de la Sujeción Mecánica es la de inmovilizar al paciente, parcial o totalmente, para evitar que se dañe o dañe a los demás.

Sólo se utilizará sujeción mecánica cuando el resto de medidas de protección no hayan dado resultado y se usará siempre con prescripción médica o facultativa.

El procedimiento debe ser explicado al paciente y a la familia, además:

- Las sujeciones estarán almohadilladas y sin presión excesiva para evitar daños en la piel.
- Valorar periódicamente la continuación de la sujeción.
- Cambiar las sujeciones húmedas o sin almohadillas.
- Las zonas inmovilizadas estarán en la posición anatómica correcta.
- Usar una sujeción u otra, según el paciente y la enfermedad.

Tipos de Sujeciones:

- Tronco.
- Extremidades.
- Manos.
- Férulas.

Procedimiento:

Para la sujeción mecánica serán necesarios como mínimo un celador, un auxiliar, un vigilante y un Enfermero (o una).

El enfermero dirigirá el procedimiento y el resto de personas inmovilizarán la zona encargada. Si el paciente no se acuesta voluntariamente en la cama se le reducirá y tumbará en decúbito supino(salvo contraindicación) sujetando cada persona una extremidad.

La inmovilización será antes de la cintura y miembros inferiores que en los miembros superiores. Si la inmovilización es parcial, se hará en diagonal (brazo izquierdo-pierna derecha y viceversa).

Cuando el paciente esté sujeto, se comprobará la colocación de las correas y se vigilará cada treinta minutos al enfermo, rotando las sujeciones si la inmovilización es parcial.

La eliminación de las sujeciones será gradual y en la liberación habrá 4 personas como mínimo por si se produce algún ataque.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de la Salud Mental cobra cada vez más importancia en la sociedad actual. Cada día más, un gran porcentaje de la población se ve afectado por problemas relacionados con la Salud Mental, por lo que es fundamental implementar una serie de protocolos y actuaciones para hacer frente a esta realidad.

En cuanto al Celador en su relación con el paciente psiquiátrico, es muy importante que esté familiarizado con los distintos tipos de enfermedades y trastornos que pueda tener el paciente para así poder ayudarlo con garantías. Además de lo anterior, el Celador siempre deberá tener un comportamiento de ayuda y confianza con el paciente, siempre desde la calma y el sosiego, sin dejarse influir por las distintas circunstancias que se puedan dar.

El Celador también estará familiarizado con las técnicas de inmovilización para así poder desarrollarlas cuando sea necesario, con celeridad y buen hacer.

6 Bibliografía

1. Celador(Editorial MAD, enero 2019).
2. Guía Práctica para la Asistencia del Paciente Psiquiátrico(Editorial Elsevier Masson, Junio 2016).

Capítulo 427

FUNCIONES Y COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

SARA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

El área quirúrgica es la zona del hospital donde se realizan intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos que requieren de un alto nivel de asepsia.

Consta de distintas partes: la zona de recepción, es la entrada de pacientes, personal y material. Se ubica ahí el cuarto de celadores, los vestuarios, zona de almacén. El acceso se puede hacer con uniforme habitual o de calle para acceder a los vestuarios.

Zona de antequirófano, es la entrada de los pacientes al quirófano, donde se pasan éstos de la cama en la que llegan a una camilla para pasarlos a la mesa de operaciones. En esta zona se ubica el área donde se realiza el lavado quirúrgico del personal sanitario y el cuarto llamado intermedia desde donde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pasa los materiales e instrumentos que le solicita el personal de quirófano. El acceso ha de ser con el uniforme de quirófano.

El pasillo por donde salen los pacientes una vez finalizada la intervención, y que comunica con el quirófano. Aquí se ubica un cuarto donde se depositan las muestras biológicas que salen del quirófano y se comunica con éste a través de una pequeña ventana.

Quirófano, es la sala donde tiene lugar la intervención quirúrgica. El acceso se hace con el uniforme de quirófano, calzas, gorro, guantes y mascarilla.

En la zona quirúrgica trabajan distintas personas de varias categorías laborales y distintas funciones, que se han de coordinar para llevar a cabo la intervención de manera exitosa.

En concreto analizaremos las funciones de los celadores y TCAEs que desarrollan su trabajo en esta zona.

2 Objetivos

- Explicar la dinámica del trabajo en el área quirúrgica, comentando las funciones de celadores y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Valorar la importancia de la colaboración entre los distintos trabajadores que desempeñan su función en el quirófano.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en bases de datos como, Scielo, Pubmed, Medline y en páginas web de contenidos sanitarios con palabras clave como quirófano, intervención, celador, técnico en cuidados auxiliares de enfermería. También se ha realizado una observación sistemática en el área quirúrgica de un hospital analizando la dinámica de trabajo.

4 Resultados

En el parte de quirófano aparecen los nombres de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente; el celador es el encargado de trasladarlos desde sus habitaciones al área quirúrgica. Este traslado se realiza en la misma cama del paciente. Es muy importante comprobar la identidad de la persona mediante la pulsera identificativa así como corroborándola con el paciente si éste colabora. Asimismo se avisa al equipo de enfermería cuando llega el paciente. El TCAE será el encargado de realizar el aseo al paciente si se necesitase, pondrá un gorro que cubra el cabello del paciente, retirar esmaltes de uñas, quitar prótesis, si por alguna circunstancia no se hubiese hecho en la planta.

Cuando todo está preparado nos mandan pasarlo al quirófano; este trayecto se hace en una camilla, a la que pasaremos el paciente; si éste tiene buena movilidad

lo hará él con nuestra ayuda; en otro caso se hace el cambio entre el celador y el TCAE y enfermería ,anestesiastas y cirujanos si se necesitase por alguna circunstancia relativa al paciente. Una vez en el interior del quirófano, se pasa al paciente a la mesa quirúrgica con el mismo procedimiento anterior. Si hubiese que realizar.

Antes de la intervención, el TCAE debe solicitar a esterilización el instrumental necesario y facilitárselo al enfermero instrumentista. También ha de comprobar los suministros y ordenar.

El celador saca la camilla y sólo volvería a entrar si es requerido para alguna movilización o una vez finalizada la intervención para llevar al paciente al servicio de reanimación.

La TCAE permanece en la habitación llamada intermedia atenta por si se le requiere para algo, y para recoger las muestras que haya que enviar al servicio de anatomía patológica y que llevará el celador . Al acabar la intervención recoge el instrumental y lo envía al servicio de esterilización. Además realiza la limpieza de los aparatos electromédicos del quirófano como microscopios, aparatos de isquemia, torres de laparoscopia, artroscopia, respiradores, Bombas de infusión.

El celador concluye retirando el aparataje para que el personal de limpieza realice su trabajo dejando listo el quirófano para la siguiente intervención.

5 Discusión-Conclusión

El área quirúrgica es una zona restringida donde se precisan unos condicionantes para acceder. Según la zona los trabajadores tendrán que vestir uniforme de quirófano y sólo podrán entrar aquellos que estén autorizados.

Una intervención quirúrgica es un procedimiento complejo que necesita varios profesionales de distintas categorías para llevarla a cabo.

Es indispensable que el equipo trabaje coordinadamente para minimizar tiempos y errores.

En concreto TCAE y celador colaboran estrechamente en varios aspectos.

Todo lo relacionado con los traslados del paciente es llevado a cabo por el celador. Las movilizaciones que sean precisas para acomodarlo se harán conjuntamente entre celador y TCAE. Las muestras recogidas en el quirófano serán almacenadas y preservadas correctamente por el TCAE que las entregará al celador para su envío al servicio correspondiente. La limpieza del aparataje del quirófano lo hace la TCAE ayudando al celador a moverlo si se precisase.

6 Bibliografía

1. <https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiropfano/>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-un-quiropfano>.
3. <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-celador-en-quiropfano>.
4. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>

Capítulo 428

EL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

MARIA YOLANDA MARTINEZ ORVIZ

1 Introducción

Dentro de una cocina de un hospital los diversos procesos de limpieza y desinfección formarán parte en gran medida de las labores diarias de los pinches de cocina; labor fundamental que vendrá a garantizar el poder realizar un servicio de máxima calidad, seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos.

Será importante la frecuencia en la limpieza , los propios procesos de limpieza y desinfección, la propia forma de limpieza, entre otras múltiples acciones diarias referidas a este tema.

Se deben de controlar y extremar las precauciones evitando focos de contaminación cruzada, ya que las dietas que se sirven en cocina van destinadas a pacientes que tienen en la gran mayoría enfermedades que hacen que su organismo pueda estar debilitado, por lo tanto se cuidará que este no adquiera una infección nosocomial o intrahospitalaria (adquirida una vez ingresado en el hospital).

Hoy en día existe un marco normativo, muy exigente que obliga a los centros sanitarios a ser responsables de las comidas que se sirven en sus instalaciones, obligándoles a su vez a tener puntos de autocontrol basados en los principios de

análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC). Este sistema APPCC es un método preventivo que trata de identificar peligros asociados a la seguridad de los alimentos y aplicar medidas preventivas para controlar estos peligros.

2 Objetivos

Hacer una descripción de la frecuencia en la limpieza de utensilios y superficies, así como de la correcta secuencia de los procedimientos en limpieza y desinfección en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es importante destacar que se deben de tener unos conocimientos básicos en limpieza y desinfección por parte del personal de una cocina hospitalaria, referente a la frecuencia en la limpieza de superficies y utensilios, dependerá en gran medida de diferentes factores:

- Frecuencia de uso de las instalaciones, utensilios y equipos.
- Tipos de alimentos, extremando las precauciones en la cámaras en donde se almacenen los productos de carácter perecedero.
- Tipos de suciedad, se analizará el origen de la suciedad, así como su estado referente a sólido, líquido, grasas, orgánicos, minerales, etc.
- Estado de la limpieza, a parte de la periodicidad fijada en los protocolos de actuación se realizará siempre que sea necesario, en función de la suciedad existente en cada momento.

Cabe destacar que la limpieza y desinfección de superficies y de utensilios que se utilicen durante el servicio de cocina se realizará diariamente, como mínimo después de cada jornada.

Lo que no se utiliza a diario también se limpiará y desinfectará antes de su uso.

Referente a los procedimientos de limpieza y desinfección se realizarán con la siguiente secuencia:

- Prelavado: se realiza previo a la limpieza, entre otras cosas se ordenan los utensilios, desmontan equipos, barrido en húmedo, recogida de desperdicios, etc.
- Lavado: en esta fase se aplica detergente disuelto en agua y se deja actuar durante un tiempo, para que se desprenda la suciedad.
- Enjuague intermedio: se elimina el agua con los restos de detergente y la suciedad, aclarando con agua caliente.
- Desinfección: una vez estén limpias las superficies o utensilios se aplica un desinfectante adecuado a lo que se esté desinfectando y se deja actuar durante unos minutos.
- Enjuague final y secado: se aclaran los restos del desinfectante y se secan los utensilios o superficies.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos ido viendo a lo largo del capítulo la limpieza y desinfección de superficies y utensilios es una labor fundamental dentro del trabajo en cocina, se utilizan compuestos químicos y por lo tanto es imprescindible que el personal esté instruido convenientemente, para esto proponemos cursos de formación fuera de jornada laboral.

También es importante el compromiso y disposición del propio personal, dando la gran importancia que tiene a estas acciones de limpieza en su trabajo diario.

Nos gustaría proponer por otra parte que los encargados de cocina estudien y analicen de manera recurrente la mejora y la realización de inversión económica en dotar con máquinas actualizadas y productos de calidad para facilitar la tarea de limpieza y desinfección, ya que en muchos casos se detecta que la maquinaria no funciona correctamente o no está en un correcto estado.

6 Bibliografía

1. <https://papelmatic.com/10-causas-de-la-contaminacion-cruzada-en-hospitales/>.
2. https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1175/restauracion_hospitalaria.pdf.

3. <https://www.restauracioncolectiva.com/n/control-higienico-sanitario-en-restauracion-hospitalaria-durante-el-i-covid-19-i-parte-2>.
4. <https://www.navarra.es/documents/48192/6752503/Tema%204%20%20COCINA.pdf/148917c5-8f6e-5098-dce2-d5a30c26e5ed>.

Capítulo 429

PREVENCIÓN FRENTE AL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARÍA BEGOÑA DIEZ MARTIN

BEATRIZ GARRIDO VILLAR

1 Introducción

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) define el estrés laboral como el conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y emocionales que se producen ante ciertos aspectos adversos del contenido, la organización o el ambiente de trabajo. Se trata de la reacción física y mental ante un reto o cambio que afecta a nuestro trabajo, y que tiene lugar en el entorno o puesto donde desempeñamos nuestras funciones laborales.

La pandemia Mundial por la Covid-19 ha provocado en el personal sanitario y no sanitario de los Centros de Salud un desbordamiento y sobrecarga profesional sin precedentes nunca antes vistos. Los trabajadores durante la primera ola de contagio carecían de recursos materiales (mascarillas, EPIS, gel hidroalcohólicos, guantes de nitrilo) para su protección a la hora de realizar su trabajo.

La incertidumbre de la situación, el miedo al contagio propio y de sus familias convivientes por carecer de medios y la falta de realizar PCR's, junto con la sobrecarga laboral han provocado según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2019, España era el tercer país europeo con más estrés laboral, con unos niveles cercanos al 60% de los trabajadores, los más afectados fueron el personal sanitario y no sanitario de Hospitales, Centros de Salud, y Residencias de Ancianos.

2 Objetivos

Exponer medidas para prevenir el estrés laboral tanto en personal sanitario como en no sanitario dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, he buscado información en las bases de datos de la OMS, La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), y INE.

Así como la búsqueda de información en diferentes bases de datos.

4 Resultados

El personal sanitario y no sanitario del Centro de Salud y de los hospitales necesita disponer de medios materiales y humanos para dar una atención adecuada a los pacientes durante las siguientes pandemias o circunstancias que ocurran. Para ello, es necesario llevar a cabo lo siguiente:

- Proporcionar recursos materiales para la protección de los trabajadores(mascarillas, EPIS).
- Contratar personal cualificado de refuerzo para sobrellevar la sobrecarga laboral tanto en el personal sanitario como no sanitario.
- Impartir formación a los profesionales noveles y veteranos .
- Informar y organizar grupos multidisciplinarios para que halla coordinación entre los diferentes profesionales del Centro de Salud.
- Proporcionar herramientas para ayudar psicológicamente a los profesionales que lo requieran.

En Diciembre del 2019 la Organización Mundial de la Salud(OMS) avisó sobre el aumento del estrés laboral y sus graves consecuencias “calificándolo como una pandemia global y reconociendo el burnout (efecto quemado) asociado al agotamiento mental, emocional y físico causado por el trabajo, como una enfermedad”, actualmente como consecuencia del Covid-19. Los profesionales sanitarios y no sanitarios de Centros de Salud y Hospitales han trabajado sin descanso durante todas las olas de la pandemia por la Covid19, durante la primera ola de la pandemia fueron considerados héroes, y a los pocos meses los pacientes y usuarios se olvidaron y comenzaron a pagar su frustración, desesperación y costernación con los trabajadores de centros sanitarios. Los profesionales sanitarios y no sanitarios que desempeñan su trabajo en Centros de Salud y Hospital

han visto mermedas sus fuerzas físicas y psicológicas por el sobreesfuerzo realizado a lo largo de más de dos años de pandemia. Las Administraciones de las Comunidades Autónomas no han hecho nada al respecto, cada profesional ha tenido que buscar soluciones por su cuenta.

5 Discusión-Conclusión

Es vital que desde ya, se adopten medidas, protocolos, recursos, medios efectivos para prevenir el estrés laboral del personal sanitario y no sanitario en los Centros de Salud y Hospitales de nuestro País; para proteger la salud física y psicológica de los profesionales sanitarios y no sanitarios y de esta manera se verán reducidas las bajas laborales de los trabajadores por enfermedades provocadas por el estrés laboral que sufren y padecen en su lugar de trabajo. De llevar a cabo esto también se evitará o reducirá el descontento y desconfianza de los usuarios y pacientes que acuden a la Atención Primaria, y Atención Hospitalaria.

6 Bibliografía

1. OMS.
2. La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Extrés (SEAS).
3. INE.

Capítulo 430

LA DEPRESIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARÍA BEGOÑA DIEZ MARTIN

BEATRIZ GARRIDO VILLAR

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud(OMS) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificulta el desempeño en el trabajo, en los estudios y en la capacidad para afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos pero cuando tiene carácter moderado o grave se puede necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La pandemia Mundial por la Covid-19 ha provocado en el personal sanitario y no sanitario de los Centros de Salud, hospitales y residencias de la tercera edad un desbordamiento y sobrecarga profesional sin precedentes nunca antes vistos. Los trabajadores durante la primera ola de contagio carecían de recursos materiales(mascarillas, EPIS, gel hidroalcohólicos, guantes de nitrilo) para su protección a la hora de realizar su trabajo.

La incertidumbre de la situación, el miedo al contagio propio y de sus familias convivientes por carecer de medios y la falta de realizar PCR, junto con la sobrecarga laboral han provocado según datos del Instituto Nacional de Estadística(INE), en 2019, España era el tercer país europeo con más estrés laboral, con

unos niveles cercanos al 60% de los trabajadores, los más afectados fueron el personal sanitario y no sanitario de Hospitales, Centros de Salud, y Residencias de Ancianos.

2 Objetivos

Prevenir e identificar la depresión antes de que esta aparezca en los profesionales sanitarios y no sanitarios de hospitales, centros de salud y residencias de la tercera edad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he buscado información en las siguientes bases de datos: Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Estadística, y en las bases de datos de Pubmed utilizando las palabras: depresión, covid19, personal no sanitario y personal sanitario.

4 Resultados

La OMS ha desarrollado un plan para que las autoridades competentes y gobiernos lleven a cabo medidas eficaces y prácticas para la defensa física y psicológica de los distintos profesionales que trabajan en la sanidad. Pero eso no es suficiente ya que, en España las competencias en sanidad dependen de las Comunidades Autónomas y eso provoca diferencias en la toma de decisiones políticas que afectan a la sanidad dentro del mismo país. Lo que conlleva la desigualdad de condiciones laborales entre las diferentes Comunidades Autónomas de los distintos profesionales que trabajan en sanidad.

En España, más del 30 % entre el personal sanitario y no sanitario que realizó su trabajo en Hospitales, Residencias de Ancianos y Centros de Salud han padecido depresión después de la primera ola de la Covid-19.

La segunda y la tercera ola de la Covid-19 ha provocado una mayor carga de trabajo al personal sanitario y no sanitario que aún no se había recuperado del agotamiento físico, y mental de la primera ola. Esto ha producido en la actualidad, que se incrementaran a uno de cada cinco profesionales experimentarían depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Es necesario que las administraciones de las Comunidades Autónomas, y las autoridades sanitarias adopten las siguientes medidas:

- Contratar a mayor número de profesionales sanitarios y no sanitarios cualificados y darles formación en el desempeño de su trabajo para aliviar la carga de trabajo.
- Respetar los descansos de los trabajadores, y proporcionar su seguridad laboral y psicológica.

Es importante adelantarse a prevenir las enfermedades psicológicas, mentales y físicas a las que se ven abocados los trabajadores sanitarios en el ejercicio de su trabajo, de no hacerlo la salud de los trabajadores se verá mermada.

5 Discusión-Conclusión

Dotar a los trabajadores de la sanidad de recursos, herramientas y medios para proteger su seguridad física y psicológica durante las olas de la pandemia por la Covid-19 hará que se sientan motivados, realizados y valorados para afrontar las distintas situaciones críticas que surjan en su turno de trabajo de forma positiva, y profesional. También es de vital importancia que halla buena comunicación en el equipo de trabajo y con los superiores jerárquicos para evitar malos entendidos, mal ambiente laboral y conflictos entre compañeros de trabajo. Todo ello resultará eficaz para prevenir la depresión del personal sanitario y no sanitario.

6 Bibliografía

1. OMS.
2. INE.

Capítulo 431

EL INSOMNIO EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

SONIA ANGELICA MIRANDA GARCIA

1 Introducción

La OMS (Organización mundial de la salud) considera como insomnio la dificultad para conciliar o mantener el sueño; o una sensación de sueño poco reparador que genere un notable malestar o interferencia con las actividades sociales y laborales.

Está comprobado que dormir poco puede afectar a la salud. La OMS recomienda descansar al menos 6 horas diarias. La alimentación y la cantidad de actividad física que se realice en el día son factores que determinan el sueño.

La reducción de los reflejos, capacidad de concentración disminuida y problemas de apetito y gástricos, son algunas de las consecuencias de dormir poco o nada. La SEN (Sociedad Española de Neurología) ha presentado estudios que desprenden que el 80% de los sanitarios y personal no sanitarios españoles sufrieron insomnio durante los meses de marzo, abril y mayo 2020. Y en la actualidad muchos de los profesionales que realizan su trabajo en hospitales y centros de salud, residencias de ancianos, y centros sanitarios siguen padeciendo insomnio crónico como consecuencia del estrés que han sufrido junto con el exceso de carga de trabajo durante las siguientes olas de Covid-19, la tormenta filomena en Madrid y más recientemente la viruela del mono. El insomnio provoca pérdida en la salud física y psicológica.

2 Objetivos

Identificar los problemas que provoca el insomnio como consecuencia del trabajo que realizan los profesionales sanitarios y no sanitarios de hospitales y centros sanitarios para poder evitarlos o reducirlos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he buscado información en diferentes bases de datos, estas son algunas de ellas: OMS, INE, SEN y Pubmed utilizando palabras; insomnio, falta de sueño, sanitario, personal no sanitario, trabajo, enfermo, paciente, cansancio, estrés y vigilia.

4 Resultados

Varios estudios que se han publicado muestran que las largas jornadas de trabajo, con frecuencia asociadas a un alto nivel de estrés físico y psicológico, junto con los efectos de la cronodisrupción que genera el trabajo por turnos y el constante cambio de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria provocan una privación de sueño aguda y crónica que repercute negativamente en la salud.

La privación de sueño afectan al funcionamiento de las redes neuronales, repercutiendo negativamente en tareas como atención, concentración, y memoria.

La reducción prolongada de las horas de sueño tiene consecuencias negativas en la mortalidad. La privación de sueño causaría activación de la cascada oxidativa celular, y también afecta al desarrollo de enfermedades inflamatorias, problemas digestivos, cardiovasculares, e infertilidad.

La falta de sueño, o no poder gozar de un descanso reparador a la hora de dormir no solo deteriora a los profesionales sanitarios y no sanitarios de diferentes categorías profesionales que llevan a cabo su jornada laboral a turnos en hospitales, centros de salud, centros sanitarios y residencias de ancianos físicamente, también su estado emocional y psicológico se ve mermado. El trabajador que padece insomnio crónico tiene más dificultad para llevar a cabo sus tareas laborales; ya que pierde memoria, va más lento, su capacidad de atención y reacción es menor, tiene falta de concentración, sufre de cansancio continuo y constante, padece desánimo y desmotivación. También es posible que sufra irritabilidad, tristeza, depresión y que tienda a aislarse y a no querer comunicarse con sus compañeros

de trabajo. Como hemos visto el insomnio es una enfermedad muy grave que debetrase con un tratamiento y profesionales médicos que hagan un diagnóstico acertado e individualizado en función de las necesidades de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos del personal sanitario y no sanitario no contribuye a reducir el insomnio, pero el trabajador puede llevar a cabo varias técnicas para aminorar la privación de sueño como; realizar ejercicio, practicar senderismo, intentar desconectar del trabajo una vez que se termina la jornada laboral, procurar tener una actitud positiva . Evitar tomar té, café antes de ir a dormir, disfrutar de momentos de ocio con los seres queridos. No utilizar el ordenador, tablet o móvil antes de ir a dormir.

En casos de insomnio crónico recibir tratamiento de un médico especialista en psicología o psiquiatría.

Fomentar una buena comunicación en el ámbito laboral, y proporcionar recursos humanos y materiales ayudaran a que los trabajadores se encuentren mejor y reducirá la ansiedad, estrés y insomnio que padecen.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 432

EVITAR EL ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

SONIA ANGELICA MIRANDA GARCIA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud la violencia laboral es toda acción, incidente, o comportamiento mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma.

En el 2017 según un informe que llevo a cabo la Universidad Internacional de Valencia, el 20% de los profesionales en España ha sufrido violencia laboral de forma cotidiana, el 80% la sufrió de forma esporádica. El 7,3% de los trabajadores sufre agresiones verbales y aislamiento y el 2,4% sufren violencia física cometida por personas que no pertenecen al lugar de trabajo.

Hay tres formas de violencia laboral:

- Acoso Psicológico o Mobbing.
- Acoso Sexual o por razón de sexo.
- Discriminación en el Trabajo.

El acoso laboral o mobbing es el conjunto de conductas hostiles que se producen dentro del entorno laboral y que afectan negativamente el estado emocional de un trabajador/a y pone en peligro su integridad, salud y condiciones de trabajo.

En España según las estadísticas el 20% de los trabajadores sufren acoso laboral, el colectivo de mujeres de entre 35 y 55 años son las principales víctimas, simplemente por el hecho de ser mujer.

2 Objetivos

Informar y formar sobre la violencia laboral y sus formas para identificarla y poder denunciarla.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión de la literatura científica en las bases de datos de Pubmed y Dialnet utilizando las palabras: víctima, acoso, hostigamiento, violencia laboral, trabajador, salud. Otras fuentes de investigación han sido información del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, y del Instituto Nacional de Estadística.

4 Resultados

En el acoso u hostigamiento laboral se diferencian dos partes; por un lado, están los cobardes hostigadores con un comportamiento y actitudes hostiles y dominadoras, y por el otro lado, se encuentra la persona agredida que sufre y está intimidada e inhibida.

Las acciones que sufre la víctima del hostigamiento o acoso son:

- Acciones contra la reputación o dignidad personal del afectado/a; por medio de comentarios injuriosos contra su persona, que pretenden ridiculizarla o reírse de ella.
- Acciones contra el ejercicio de su trabajo; encomendándole trabajo excesivo, o privándole de la realización de cualquier tipo de trabajo, negándole u ocultándole los medios, herramientas e información para la correcta realización de su trabajo.

El trabajador/a víctima del acoso laboral puede ver afectada su salud de la siguiente manera:

- A nivel psíquico: presenta ansiedad, miedo a ir cada día a trabajar, angustia, insomnio, pérdida de autoestima, depresión...

- A nivel físico: dolores de estómago, dolencias cardiacas, dolores de cabeza y musculares.
- A nivel social: miedo al rechazo, aislamiento para protegerse, desconfianza, inseguridad...

La persona que sufre acoso laboral debe ponerlo en conocimiento de sus superiores, de su médico de familia, familia y amigos. También es importante que reciba ayuda psicológica de un profesional y buscar asesoramiento legal para denunciar el acoso u hostigamiento que sufre constantemente en su lugar de trabajo. Cada vez hay más casos de violencia laboral, en la mayoría de casos el trabajador/a tiene miedo a denunciar por represalias o miedo a perder su trabajo. Esta situación prolongada en el tiempo produce muchos problemas de salud en los trabajadores como he mencionado anteriormente y hace que pierdan calidad de vida y se aislen socialmente.

Actualmente, en España, es difícil demostrar que una persona está sufriendo acoso laboral. Para defenderse, tiene que ponerlo en conocimiento de sus superiores jerárquicos y del sindicato. Si esto no sirve de nada, hay que contratar un abogado laboralista que le asesore y le defienda. Es necesario recopilar todas las pruebas posibles como grabaciones, testigos, correos electrónicos, certificado o informe médico que acredite la situación que sufre la víctima afectando su salud física y psicológica.

En las denuncias por acoso laboral se aplica la regla general de los procedimientos penales, el denunciante es el que tiene que aportar pruebas.

5 Discusión-Conclusión

En algún momento a lo largo de nuestra vida laboral cualquiera de nosotros/as podemos sufrir acoso, hostigamiento o violencia laboral. Por lo tanto, debemos rechazar y luchar contra esta práctica tan extendida y tan poco denunciada en los lugares de trabajo.

La eliminación del acoso laboral u hostigamiento del trabajador provocaría la reducción de bajas médicas por depresión, y un mayor rendimiento laboral en el trabajador.

Es fundamental, como hemos hecho a través de este capítulo, informar y formar sobre la violencia laboral y sus formas para identificarla y poder denunciarla. De esta forma se podrá reducir. Es importante la concienciación de tolerancia cero frente a cualquier tipo de violencia.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
2. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
3. Instituto Nacional de Estadística.
4. Instituto de la Mujer.

Capítulo 433

COMUNICACION Y ASERTIVIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CON COMPAÑEROS SORDOMUDOS

SONIA ANGELICA MIRANDA GARCIA

1 Introducción

En España hay 1.064.000 personas mayores de 6 años que tienen discapacidad auditiva de distinto tipo y grado. Representando el 8 % de la población. De ellas, más del 97 % se comunica en lengua oral, según datos del Instituto Nacional de Estadística(INE).

Una persona sorda no presenta dificultad en su órgano fonatorio, no oye pero puede aprender a usar su voz y hablar. En cambio, una persona sordomuda no oye, y presenta problemas en sus cuerdas vocales y no puede articular la voz.

El día Internacional de las Personas Sordas, fue impulsado por la Federación Mundial de Personas Sordas en la década de 1950, desde entonces se organiza por asociaciones de personas sordas de todo el mundo.

En el año 2015 en el Principado de Asturias, están registrados 14.300 pacientes con distintos grados de hipoacusia. Asturias es pionera y referente nacional en el abordaje de la sordera gracias a la Fundación Vinjoy. La consejería de Salud del Principado de Asturias tiene vigente un programa de atención al déficit auditivo infantil, desde el 2002. La Federación de Personas Sordas de Asturias, estiman que en el Principado de Asturias hay unas 5.000 personas sordas, pero no hay datos oficiales. Es importante que los trabajadores sordomudos se sientan integrados en su puesto de trabajo con sus compañeros.

2 Objetivos

Identificar los problemas y dificultades para proporcionar herramientas y recursos efectivos y eficaces a los profesionales sanitarios y no sanitarios sordomudos.

3 Metodología

Buscar información para la realización de este capítulo en la base de datos Pubmed y Dialnet utilizando las palabras: comunicación, sordos, persona, salud, discapacidad, trabajador, adaptación, trabajo, compañeros y señas. También busqué estadísticas de datos referentes al tema en el INE.

4 Resultados

En España hay más de 2.781 intérpretes de lengua de signos acreditados, pero sólo un 25 % trabaja como tal; hay un intérprete por cada 143 personas sordas y con discapacidad auditiva, mientras que en otros países europeos el ratio es de un intérprete por cada diez personas.

Las personas sordas tiene gran dificultad para comunicarse en su centro de salud, cuando requieren pedir cita para una consulta con su médico o enfermera. Ocurre lo mismo cuando requiere una consulta médica a su especialista en el hospital, o tiene que someterse a realizar alguna prueba diagnóstica, o intervención quirúrgica.

El personal sanitario y no sanitario no está preparado para comunicarse con pacientes sordos. Se utiliza la lectura de labios y la escritura para tratar de que exista un entendimiento por ambas partes, pero esto no siempre es efectivo y la información queda mermada por la falta de fluidez en la conversación.

Los pacientes sordos pueden solicitar un intervención para acudir a una cita médica programada, pero no en el caso de urgencias u hospitalización. En estos casos, algunos familiares tienen que hacer de intérpretes, y puede verse comprometida la intimidad del paciente.

Los compañeros de trabajo de profesionales sanitarios y no sanitarios con sordera deben hablar despacio para hacerse entender mejor y facilitar la adaptación del compañero que padece la discapacidad. Es necesarios en algunos casos adaptar el puesto de trabajo al trabajador. El profesional sanitario y no sanitario con sordera es un profesional cualificado y preparado para desempeñar su trabajo de forma efectiva, que en ocasiones sufren marginación y menoscabo de su dignidad

y profesionalidad por su discapacidad y le encomiendan tareas menores o inferiores a su nivel de preparación o cualificación. Esto de forma reiterada puede provocaren en el trabajador sordomudo frustración ,sensación de inferioridad y baja autoestima. Pudiendo llevarle a padecer depresión.

5 Discusión-Conclusión

El Ministerio de Sanidad a puesto a disposición de las personas sordas el Centro de Intermediación telefónica para personas sordas o con discapacidad auditiva y/o fonación (CIT). Este servicio facilita la comunicación de personas sordas utilizando teléfonos de texto, correo electrónico, móviles, fax, videollamadas con personas oyentes y servicios que utilizan teléfonos convencionales.

El profesional sanitario o no sanitario de distintas profesiones que realiza su trabajo en un hospital, centro de salud, centro sanitario, o residencia de ancianos se puede sentir aislado, solo, y frustrado por la dificultad en la comunicación cuando necesita expresar o comunicar a otros compañeros algo referente a la actividad laboral. Para evitar esa situación, el compañero sanitario y no sanitario tiene que actuar de las siguientes maneras: mirar fijamente al paciente, apoyarse en el uso de objetos, dibujos, escritura, hablar de forma clara y pausada.

Es importante que los profesionales sordos se sientan integrados en todos los campos de nuestra sociedad, fundamentalmente en lo referente a la obtención de un puesto de trabajo compatible que le permita realizar su empleo de manera eficaz para que se sienta útil, autónomo y poder contribuir a su bienestar físico, psicológico y familiar.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 434

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN EN LAS AULAS DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA ADOLESCENTES

SHEILA FERNÁNDEZ NAVARRO

SOFÍA BELLÓ PÉREZ

LAURA HUERTA MELÚS

LAURA PRIETO ARENAS

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de transición que transcurre entre los 10 y los 19 años. La adolescencia representa una etapa singular en el desarrollo humano, con un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Es un periodo de cambios significativos que pueden determinar las fortalezas y vulnerabilidades en el sujeto.

Los adolescentes enfrentan múltiples y variadas demandas en el ámbito familiar, social, educativo y emocional; todas ellas fuentes potenciales de estrés. En este sentido, existe investigación (3) que relaciona el estrés con el desajuste emocional, tanto en trastornos internalizantes (ansiedad, depresión) como externalizantes (hostilidad, impulsividad).

La adolescencia es una fase de la vida donde existe una alta prevalencia de trastornos psicológicos (6) y los problemas de regulación emocional y los relacionados con la identidad son los factores claves en los pacientes de estas edades (7).

Los profesionales especializados en salud mental, podrían tener acceso a la población adolescente a través de programas psicoeducativos y de asesoramiento en el sistema educativo general. La creación de este programa surge ante el conocimiento de las limitaciones de acceso de la población a los recursos básicos de salud mental pública, especialmente del sector adolescente de la población. A su vez, el conocimiento de que la prevención primaria es una prioridad para la sociedad y el conocimiento de las carencias curriculares en el sistema educativo general, impulsan la iniciativa de definir un programa accesible a cualquier centro educativo. Planificado en sesiones informativas en formato grupal, se propone que sean impartidas en horario lectivo de los alumnos entre tercero de la E.S.O. y primero de Bachiller, así como la posibilidad de incluir alumnos de otro tipo de formaciones especializadas que estén entre los 14 y los 17 años de edad. Potenciando educar desde la secundaria en los procesos psicológicos necesarios en el desarrollo de relaciones interpersonales e intrapersonales sanas, competentes y respetuosas. Buscando prevenir problemas sociales y psicológicos en la vida adulta, así como la redundancia en un beneficio global de las sociedades al potenciar el desarrollo de ciudadanos/as con valores basados en la tolerancia y el respeto hacia los demás y hacia ellos mismos (9).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Iniciar y tratar de consolidar la educación de la población adolescente en temas relacionados con el bienestar emocional y psicológico, así como la importancia de establecer relaciones intrapersonales e interpersonales sanas.

Objetivos secundarios:

- Establecer un espacio propio para hablar de salud mental, adquirir conocimientos básicos y reducir problemáticas asociadas a este ámbito (situaciones de acoso escolar, estigma, adicciones).
- Ofrecer conocimientos y recursos a la población adolescente que potencien la prevención primaria en los trastornos psicológicos.

3 Metodología

Para la elaboración de este proyecto piloto se ha llevado a cabo una investigación mediante la revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con la eficacia de la psicoeducación en la mejoría sintomatológica de patologías de salud mental. En esta búsqueda también se ha incluido bibliografía relacionada con los programas terapéuticos utilizados comúnmente en población adolescente, así como artículos relacionados con los beneficios de los programas de prevención primaria para las patologías de salud mental.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Frontiers in psychology y ScienceDirect, seleccionando los artículos científicos publicados y revisados.

En base a la bibliografía recopilada (1, 2, 4, 5, 8, 9) en programa se ha estructurado para tratar de abarcar amplios contenidos. A continuación se especifica el tema teórico-práctico que se abarca en cada reunión:

1. Las emociones, sus componentes y funciones. Se realiza una introducción sobre las emociones. Trabajamos en la comprensión de las funciones adaptativas de las emociones, así como en la desestigmatización de las emociones desagradables. Explicamos los componentes de la experiencia emocional: las sensaciones físicas, los pensamientos, la emoción y la conducta asociada. Durante la sesión se realizan ejercicios de registro de experiencias personales identificando los componentes explicados.
2. Inteligencia emocional. Introducción del concepto teórico y explicación de todo lo que implica: expresión emocional, regulación de las emociones propias, percepción y comprensión de las emociones de otros, empatía, asertividad, adaptabilidad y gestión del estrés. Durante la sesión se realizan ejercicios prácticos tipo role-playing.
3. Relaciones interpersonales e intrapersonal. Presentación de conceptos relacionados con el autoconocimiento. Realización de ejercicios de práctica del desarrollo de insight junto con tareas destinadas a desarrollar capacidad de identificar y expresar sus necesidades. Estableciendo la relación intrapersonal consciente y sana como base para adquirir y mantener relaciones interpersonales sanas.
4. Habilidades sociales y autoestima. Como continuación a la sesión previa, establecer una base segura en el autoconocimiento, y por tanto en la autovaloración positiva, como punto de apoyo para establecer relaciones con otros sanas. Enseñanza de habilidades sociales básicas, así como resaltar la importancia de factores como la empatía, tolerancia y aceptación de las características de los demás. Introducción de los roles sociales y de principios de igualdad.

5. Pensamientos, distorsiones cognitivas y lenguaje. Explicación de la importancia de los pensamientos, las creencias, las interpretaciones y las expectativas, en nuestra forma de entender el entorno. Aprender a contextualizar y a identificar errores del pensamiento, así como sesgos, prejuicios en nosotros mismos y en los demás, para aprender a cambiarlos. Uso de ejemplos y ejercicios prácticos y personificados en la comprensión de estos conceptos, así como en el aprendizaje en la toma de conciencia.

6. Conductas evitativas y conductas alternativas. Presentación del concepto “conductas evitativas”, búsqueda de ejemplos en la vida de los participantes para aprender a entenderlas, identificarlas y buscar alternativas. Explicar cómo estas conductas son las que, a menudo, mantienen las situaciones que implican malestar emocional (incluyendo aquí conductas adictivas, autolesivas, mecanismos de afrontamiento...).

7. Sexualidad e intimidad. Explicación de los tipos teóricos de amor, ampliar la teoría a las nuevas tendencias en la forma de relacionarse sexual e íntimamente con los demás. Transmitir principios de igualdad y de libertad contrastando opiniones y deteniéndose a identificar conductas sutiles de xenofobia, sexismo y homofobia.

8. Alimentación y alteraciones del sueño. Influencia de alteraciones en las necesidades fisiológicas en otros ámbitos como la salud emocional. Aprendizaje de principios de higiene del sueño así como identificación temprana de posibles alteraciones en los hábitos del sueño y/o de la alimentación. Explicación de posibles repercusiones aportando información para una correcta comprensión y manejo inicial desde el autoconocimiento.

El proyecto se planifica para realizar sesiones mensuales durante los meses lectivos del sistema educativo español, empezando en el mes de Octubre y finalizando en Mayo. Cada sesión se compone de contenidos teórico-prácticos, incluyendo interacciones activas con los participantes con la intención que implicarlos en el proceso de aprendizaje, tratando de crear en cada sesión un ambiente lúdico y confortable en el que los jóvenes se sientan incentivados a participar, preguntar y aprender.

Se prevé que cada sesión tiene una duración de aproximadamente dos horas, permitiendo siempre al final de cada sesión un espacio extra para la interacción libre y para cualquier problemática o tema extra que se quiera introducir.

Es central en este proyecto mantener durante las sesiones un clima agradable y acogedor, tratando de evitar conductas directivas o paternalistas por parte de los profesionales responsables de llevarlo a cabo. Por esto mismo, a los alumnos se les ofrece el acceso a consultas individuales en caso de ser necesario, así como la

disponibilidad de un correo electrónico a través del que pueden ponerse en contacto con el profesional encargado del grupo. Se pretende así afianzar la alianza grupal y la adherencia al proyecto, a la vez que se amplía la cobertura para esa prevención de posibles problemas de salud mental.

Por último, se limitará la dirección del programa a profesionales de la psicología, esto se debe a que los contenidos que abarca el programa están relacionados casi íntegramente con esta especialidad clínica, por lo tanto no es aconsejable que personas sin dicha formación se impliquen en la realización ni dirección del protocolo. Por otro lado, hay que tener siempre presente las posibles dificultades que pueden surgir durante las sesiones puesto que el trabajo con adolescentes requiere una formación amplia, al igual que el trabajo con grupos.

4 Bibliografía

1. Bausela Herreras, E. Modelos de orientación e intervención psicopedagógica; modelo de intervención por programas. *EduPsykhé*. 2004; 3(2), 201-216.
2. Cassà, E. L., Pérez-Escoda, N., & Alegre, A. Competencia emocional, satisfacción en contextos específicos y satisfacción con la vida en la adolescencia. *Revista de Investigación Educativa*. 2018; 36(1), 57-73
3. Escobar Espejo M, Blanca MJ, Fernández-Baena FJ, Trianes Torres MV. Adaptación española de la escala de manifestaciones de estrés del Student Stress Inventory (SSI-SM). 2011; 23(3), 475-485.
4. Giraldo Ramírez, G., & Fontecha Carvajal, V. Intervenciones en Inteligencia Emocional (IE) en adolescentes desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Otro Tipo de Intervenciones. *Revisión Sistemática y una Propuesta de Intervención desde ACT*. 2020.
5. Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C., & Magni, A. Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista médica de Chile*. 2017; 145(4), 476-482.
6. Moral, J. C. M., Navarro-Pardo, E., Galán, A. S., & Beitia, M. D. S. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 2012; 24(3), 377-383.
7. Moreno, P. M., & Blasco, R. Q. Una revisión de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso con niños y adolescentes. *International journal of psychology and psychological therapy*. 2019; 19(2), 173-188.
8. Pérez, V. M. O. Fundamentos e implicaciones educativas de la inteligencia afectiva. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2006; 39(2), 1-11

9. Torres, M. V. T., & Correa, A. G. Educación socio-afectiva y prevención de conflictos interpersonales en los centros escolares. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*. 2002; (44), 175-189.

Capítulo 435

DETERIORO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS A RAÍZ DE LA PANDEMIA DE COVID-19

LOURDES CUERVO BLANCO

GEMMA GARCÍA CERNUDA

1 Introducción

La crisis sanitaria a nivel mundial provocada por el brote de coronavirus (Covid-19) ha puesto al límite a todos los profesionales del sector sanitario. La experiencia vivida a nivel emocional y la sobrecarga de trabajo pueden estar provocando un incremento en los problemas de salud mental y física de dichos trabajadores.

Los síntomas que suelen presentar los trabajadores de centros hospitalarios son depresión, ansiedad y dolor de cabeza principalmente. También problemas de sueño por preocupaciones constantes, nerviosismo, irritabilidad y tensión entre otros. Algunos han manifestado tener sensación de fatiga sin realizar un esfuerzo o sensación de fatiga en general. Preocupa también el aumento de ideas suicidas entre los profesionales del sector hospitalario.

A los problemas del bienestar psicológico hay que añadir los sociales, ya que un porcentaje de los profesionales dice ser incapaz de disfrutar de las actividades diarias y esto podría llevar a la persona a aislarse de la vida social y empeorar los otros síntomas que ya padece.

Hay trabajadores que consideran que su salud física ha empeorado desde el comienzo de la crisis sanitaria.

Empezando a tener una idea clara del gran problema de deterioro de la salud que han traído estos años de pandemia por la sobrecarga de trabajo en el sector sanitario, se debe poner remedio con todos los recursos que estén al alcance de la mano para paliar lo antes posible esta situación.

2 Objetivos

- Detectar el mínimo indicio de deterioro de la salud y el bienestar de los profesionales del centro hospitalario para atajar lo antes posible cualquier tipo de problema que pueda afectar en la profesión y su vida diaria.
- Desarrollar protocolos de prevención para proteger la salud y bienestar de un sector base para la protección de una sociedad cada vez más globalizada y en riesgo de sufrir futuros problemas como el que se está viviendo actualmente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, donde se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave empleadas fueron: deterioro, salud, centros hospitalarios, OMS y Covid-19.

4 Resultados

La crisis sanitaria provocada por el Covid-19 ha puesto en serios problemas a los centros hospitalarios a nivel mundial provocando que los trabajadores hayan sufrido física y psicológicamente debido a la excesiva carga de trabajo y la incertidumbre por el desconocimiento por parte de los expertos de la nueva enfermedad.

Cuando el estrés supera la capacidad de resistencia, aparece el síndrome de desgaste profesional que además de provocar daños en la salud física y mental de quien lo sufre, deteriora su capacidad de respuesta y adaptación a las circunstancias cotidianas. También hay que tener en cuenta el posible aislamiento social de los trabajadores.

En más de dos años de pandemia, los centros hospitalarios han afrontado sucesivas olas de contagios con la consiguiente sobrecarga y, aunque han recibido refuerzos, estos nunca han sido suficientes para afrontar una ola tras otra.

A todo ello hay que añadir un aumento de las bajas laborales por contagio entre los propios profesionales del centro hospitalario, lo que repercute en una sobrecarga añadida en quienes permanecen activos.

Agendas diarias saturadas y la falta de efectivos provocan un desgaste físico y un agotamiento emocional difícil de gestionar sin ayuda.

Se dan así las condiciones idóneas para que muchos profesionales presenten el cuadro típico de síndrome del desgaste profesional: ansiedad, insomnio, depresión, irritabilidad y fatiga entre otros.

Habría que darle también especial importancia al aumento de ideas suicidas entre los profesionales de centros hospitalarios.

Queda claro la necesidad de dar soluciones a corto plazo para abordar el apoyo a la salud y el bienestar de los trabajadores, y mitigar el impacto a largo plazo de la disminución de la calidad de vida cuando por fin se deje atrás la pandemia.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia de Covid-19 que lleva asolando el planeta más de dos años ha puesto en jaque a los sistemas sanitarios y ha desgastado fuertemente a los profesionales del centro hospitalario debido al exceso de trabajo.

Los resultados de los estudios que se están haciendo dejan claro la situación extrema en la que se encuentra el sector sanitario y el deterioro físico y mental que, según las estadísticas, padecen gran número de trabajadores.

Queda patente que hay que realizar un esfuerzo para ayudar con todos los recursos necesarios a un sector que, gracias a su esfuerzo y dedicación, han sido y son una de las bases fundamentales para el cuidado y bienestar del resto de la población.

Por otro lado, con la experiencia adquirida con esta pandemia, se debe poner todo el empeño por parte de expertos, instituciones y demás sectores que puedan ayudar a afrontar futuras crisis probables en este planeta cada vez más globalizado.

6 Bibliografía

1. <https://www.semes.org/segun-un-informe-realizado-por-semes-tras-la-primera-ola-de-la-pandemia-casi-la-mitad-de-los-profesionales-sanitarios-espanoles-presentaban-un-alto-riesgo-de-sufrir-un-trastorno-mental>.
2. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=16905.
3. https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/40-sanitarios-requeriria-evaluacion-salud-mental-pandemia-covid-19_91234_102.html.

4. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/-los-sanitarios-se-han-dado-cuenta-de-que-son-vulnerables-emocionalmente--8386>.
5. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013779/full?highlightAbstract=covid%7Cdespues%7Cdespu%7Csanitarios%7Csanitario%7Cmental%7Csanitari%7Csalud>.
6. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es>.
7. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pi.

Capítulo 436

LA EMPATÍA EN EL ÁMBITO DEL CENTRO SANITARIO

LOURDES CUERVO BLANCO

GEMMA GARCÍA CERNUDA

1 Introducción

En la actualidad se empieza a valorar las relaciones que existen entre el personal del centro sanitario.

En el ámbito sanitario debemos pensar en fórmulas para aumentar el bienestar entre los trabajadores y así poder mejorar y crecer.

No debemos centrarnos sólo en los avances técnicos sino también en los humanos. El factor humano es el elemento clave para tener una mayor eficiencia tanto de cantidad como de calidad. Hay funciones que hace una máquina no puede realizar. Las emociones, las relaciones y la creatividad siguen siendo exclusivas del ser humano.

La empatía es la capacidad que tenemos para ponernos en el lugar de otra persona. También es la habilidad tanto cognitiva como emocional del individuo para ponerse en la situación emocional del otro, es comprender a la otra persona, escuchar y compartir experiencias. La empatía permite que las relaciones en el ámbito sanitario sean más cómodas, más fluidas dando paso a un buen clima de trabajo.

Teniendo una mejor empatía los trabajadores del ámbito sanitario tendrán un mejor entendimiento hacia sus compañeros, eliminando suposiciones y prejuicios sobre opiniones. Debemos aprender a manejar mejor las relaciones per-

sonales. Nos hará más comprometidos con los demás y más preparados para nuestras funciones.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la empatía en el ámbito del centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

Mediante la empatía hacia los compañeros se podrá solucionar problemas y afrontar los nuevos retos del centro sanitario. Se necesita tiempo y una actitud positiva para colaborar con los demás.

Mejoramos día a día la calidad del servicio a los usuarios porque ayudaremos no sólo a hacer mejor nuestras tareas sino a estar cuando necesite nuestra ayuda un compañero. Podremos diversificarnos.

Se logrará no dar cosas por supuestas, es decir, no teniendo malos entendidos con los compañeros del centro sanitario, sino siendo más objetivos con las experiencias y conocimientos de los otros.

Si existe una mayor comprensión entre los compañeros será más sencillo llegar a un acuerdo sobre un tema que tenga que tratarse en el centro sanitario.

Se fortalecen los vínculos con los compañeros. Existe una mayor confianza en el equipo de trabajo, que hace aumentar la colaboración entre todos.

Las relaciones serán más consolidadas, más estables y fuertes entre los compañeros. Consigue que se logren objetivos no sólo que se propongan para el equipo sino también a nivel personal.

Sentirnos mejor valorados en nuestro ámbito sanitario porque nuestras opiniones y emociones son comprendidos por los que trabajan todos los días con

nosotros. Podremos tener un mayor apoyo por parte de los compañeros. Nos sentiremos seguros a la hora de pedir ayuda en nuestras tareas.

El centro sanitario será un ambiente mucho más agradable y tranquilo. La felicidad se nota en el ambiente y esta felicidad se transmitirá a nuestros usuarios. Así la satisfacción del usuario será mayor.

Para cualquier centro sanitario la motivación de los trabajadores debe de ser muy importante. Con una motivación adecuada se sentirán con más ánimos para solucionar las incidencias y las tareas de su trabajo. La efectividad y la eficacia depende mucho del factor humano.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los beneficios de la empatía en los centros sanitarios. Si se pone en práctica la empatía se conseguirá una mejor resolución de problemas, se lograrán nuevas ideas, mayor comunicación, y colaboración de los sanitarios.

En los centros sanitarios aprenderán a desarrollar la empatía igual que desarrollan sus capacidades y habilidades profesionales. Se pueden proporcionar información para ejercitar esta capacidad emocional.

Muchos estudios demuestran que los si los profesionales del ámbito sanitario están satisfechos y felices mejoran en su salud y se reduce el absentismo.

Además de mejorar en los recursos de la sanidad se pretende lograr una mejor calidad del servicio y una manera de alcanzarlo es a través de la empatía.

6 Bibliografía

1. Subsecretaría de Educación Media Superior - SEMS. La empatía para resolver conflictos.
2. Torres, R. Motivación laboral: ¿Por qué un equipo se desmotiva? causas y consecuencias.
3. Boosting Talent. La importancia del Capital Humano en la empresa. Especial BBVA. (20 de noviembre de 2014). Empleados felices, empresas más productivas. El Espectador.
4. Entender al trabajador mejora la satisfacción y la productividad. Empresas y RR.HH.

Capítulo 437

EL SÍNDROME POSTVACACIONAL EN CENTROS HOSPITALARIOS

LOURDES CUERVO BLANCO

GEMMA GARCÍA CERNUDA

1 Introducción

El síndrome postvacacional es la depresión que aparece después de volver de las vacaciones a la vida laboral. El síndrome se encuentra dentro del trastorno de adaptación. Este estado emocional afecta a muchas personas después del período de descanso largo y el retorno a la vida rutinaria.

Los estudios dicen que afecta sobre todo a personas entre los treinta y cuarenta años debido a que en esta edad conlleva a la vez la crianza de los hijos con la carrera profesional. Provoca estrés la vuelta al cole de los menores de edad con las jornadas laborales que suelen tener más carga de trabajo.

La depresión postvacacional es un síndrome que afecta a una de cada tres personas y al 66% pasa por alguno de sus síntomas. Una de las características principales es un intenso decaimiento al reincorporarse a la rutina del trabajo después de las vacaciones. Puede ser un trastorno pasajero o necesitar una asistencia psicológica.

Este síndrome postvacacional dura normalmente pocas semanas, pero durante este tiempo afecta al rendimiento en los centros hospitalarios. Resulta duro volver a la rutina después de disfrutar de un descanso en que las responsabilidades del trabajo no existen. Nuestras costumbres deben cambiar, además de los horarios y el tiempo de ocio donde es menor que en vacaciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los motivos que ocasionan el síndrome.

Objetivos secundarios:

- Fórmulas para prevenir su aparición.
- Maneras para superar el síndrome.

3 Metodología

En ocasiones los síntomas del síndrome postvacacional en los centros hospitalarios son parecidos a la ansiedad o estrés. Nervios, estar irritado, y no conseguir concentrarse en la tarea pueden darnos señales de su aparición.

Será el médico quien determine si todos estos síntomas físicos y psicológicos que se perciben son debidos al síndrome postvacacional.

4 Resultados

El síndrome postvacacional es una inactividad psicológica que produce cansancio, aburrimiento, tristeza, descontento, malestar y ansiedad. Si estos síntomas se mantienen y no se hace nada para paliarlos, pueden dar lugar a una ansiedad general o terminar convirtiéndose en estrés crónico.

Si la pérdida de concentración, sentirse nervioso e irritable, con decaimiento, apatía...perdura mucho tiempo pueden ser causas del síndrome y se tendrá que buscar ayuda. La consecuencia principal es el no poder realizar tareas sencillas, que antes se hacían sin ninguna dificultad. En ocasiones periodos largos de vacaciones y además con tareas pendientes de trabajo generan este síndrome en los centros hospitalarios. Se pasa de un estado de tranquilidad y descanso a la rutina con funciones de mucha más responsabilidad.

También afecta a los centros hospitalarios, donde el trabajador es menos productivo dado que su salud le impide estar al cien por cien como antes del período de vacaciones. Para evitar estos resultados y hacer más fácil la adaptación al trabajo los centros hospitalarios pueden:

- Hacer una reunión de bienvenida para poder tener un reencuentro entre los compañeros de trabajo. Una reunión o charla informal que permita el tránsito del descanso a la vuelta a las tareas habituales.

- Planificar los objetivos. Los trabajadores necesitan planificar la agenda de nuevo. Repasar con detalle las tareas concretas que habían quedado a medias y cuales son ahora los objetivos alcanzar y el período para hacerlas.
- Horario de adaptación. En los centros hospitalarios que puedan es muy beneficioso tener una jornada más flexible como jornada sólo de mañanas o que una parte de la jornada sea teletrabajo hasta que se vuelva al horario habitual de jornada completa.
- Ayudar a los trabajadores. Además de lo anterior se puede dar una información a los trabajadores para saber cómo paliar los síntomas del retorno al trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar o disminuir la depresión postvacacional podemos:

- Una dieta equilibrada. Volver con hábitos saludables tanto en de comida como también realizar ejercicio físico de manera moderada.
- Poner un tiempo para acostumbrarse de nuevo a la rutina. No comenzar todas las tareas a la vez. Alternar las tareas con descansos. Organizarse y comenzar con las tareas prioritarias e ir pasando a las siguientes, pero siempre dejando un tiempo para descansar.
- No retornar de vacaciones el día antes de comenzar a trabajar. Regresar unos días antes para poder adaptarse físicamente y mentalmente antes de comenzar.
- Higiene de sueño. Adaptarnos a madrugar y no trasnochar como suele ser más habitual en los periodos de vacaciones. Es muy importante dormir las horas necesarias.
- Tener una actitud positiva. El volver a la comodidad del hogar, así como volver a ver de nuevo a los compañeros siempre es agradable.

6 Bibliografía

1. Factorial. Marina Camacho 2022.
2. Infosalud. Mercedes Gómez Grespo.

Capítulo 438

LÍNEA FRÍA EN LA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO

1 Introducción

Lo que se conoce como línea fría es la elaboración de alimentos mediante cualquier tipo de cocinado, cocción guisado...y luego someterlos a un proceso que se llama abatirlos, que consiste en bajar la temperatura de los alimentos a 3 grados en el menor tiempo posible, la temperatura debe de ser registrada en lo que llamamos el corazón del alimento, la parte más central. Así los alimentos se conservan para posteriormente cuando se necesiten para su consumo se calientan a una temperatura superior a 65 grados y están listos para su consumo. La velocidad de enfriamiento hace que los alimentos no pierdan sus propiedades de calidad. La línea fría facilita el control de la seguridad alimentaria al mantener los alimentos a temperaturas en las cuales los microorganismos patógenos no pueden crecer ni multiplicarse. La reconstitución o el calentamiento final de los alimentos suele hacerse en carros de retermalización, por convección, inducción o termocontacto, en todos los caso la temperatura final nunca puede ser menor de los 65 grados.

En una colectividad como es el caso de la cocina de un centro hospitalario la línea fría, facilita el trabajo y ahorra costes siempre garantizando la seguridad alimentaria y la correcta temperatura de los alimentos.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo, es dar a conocer los beneficios que aporta trabajar con la línea fría en las cocinas de los hospitales y dar a conocer en que consiste este proceso.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han buscado artículos de temas relacionados con la línea fría en los centros hospitalarios, encontrándose varios , los cuales han sido revisados por su interés, también se han consultado diferentes libros ,y también distintas páginas de internet.

4 Resultados

Podemos decir que la línea fría, es un método de trabajo, que actualmente es muy utilizado en las colectividades de nuestro país, uno de los ejemplos de su uso, es en los centros hospitalarios, donde este proceso facilita mucho el trabajo, y a la hora de cocinar previene que los alimentos se contaminen ya que al bajar la temperatura los gérmenes patógenos no proliferan. Este proceso tiene también la ventaja que los alimentos pueden elaborarse con antelación a ser necesitados para su consumo, lo que también ayuda en días o épocas en las que el personal sea un poco escaso, ya que se puede adelantar el trabajo sin que los alimentos sufran , ya que en el abatidor pueden estar durante varios días y manteniendo en todo momento la calidad de cada uno de los ingredientes que fueron utilizados para la elaboración. Al volver el proceso atrás, al calentar el producto, los alimentos tienen las mismas propiedades nutritivas como si estuvieran recién cocinados

La línea fría garantiza mantener todas las normativas referentes al mantenimiento de las temperaturas, esto es un reto casi imposible de alcanzar en la línea caliente, este método es de mucho mas valor que el método de congelación, ya que este último , provoca la formación de cristales de hielo, que alteran la estructura de los alimentos afectando a su textura y también puede influir en su sabor, así como contribuye la congelación a la perdida de agua de los alimentos, podemos decir que en todos los sentidos la línea fría tiene unos importantes beneficios sobre todo dentro de colectividades, como es el caso de los centros hospitalarios, En la línea caliente los procesos de cocción , distribución deben llevarse a cabo en tiempos relativamente cortos, lo que también supone un apoyo más a la elaboración mediante la línea fría.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión para finalizar este trabajo, podemos decir que la línea fría, es un método de elaboración y mantenimiento de los alimentos, a unas temperaturas de 3 grados, en las cuales se garantiza que los alimentos se mantengan en unos parámetros microbiológicamente seguros, siendo este un factor determinante dentro de la cocina de un hospital. También se ha comprobado que la línea fría ofrece una mayor rentabilidad que la línea caliente, ya que al reducir la complejidad se logra tener un mayor control de calidad y un menor coste total, por lo que podemos finalizar diciendo que en todos los sentidos la línea fría es más rentable que la línea caliente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 439

PLAN DE EVACUACIÓN POR INCENDIO Y EL ELECTRICISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE IVAN VALDES NUÑEZ

1 Introducción

Quizás uno de los mayores temores para el personal que forma parte de un hospital sea acometer una evacuación parcial o total debido a un incendio, la tipología de los pacientes que están ingresados, muchos de ellos con escasa o nula movilidad, hacen que se tengan que minimizar al máximo las posibilidades de accidentes que puedan originar un fuego.

Existen múltiples focos de peligro, desde la cocina del propio hospital en donde se utiliza fuego, hasta maquinaria muy sofisticada en laboratorios o en servicios como lavandería, etc.; no obstante los requisitos técnicos y protocolos aplicados son muy exigentes y hacen que el riesgo sea bajo.

En la historia de la humanidad han existido varios accidentes catastróficos, muchos de ellos traumáticos y con gran cantidad de fallecidos, como el sucedido en la Clínica Neuropsiquiátrica Saint Emilien, el 26 de abril de 1985 en Buenos Aires. En este incendio murieron 78 personas y resultaron heridas entorno a las 192, este fue uno de los mayores catástrofes por incendio en un centro sanitario de la historia y seguramente ha servido para estudiar las causas y trabajar arduamente en que este tipo de hechos no se vuelva a repetir en la historia de la humanidad.

2 Objetivos

- Describir las principales norma de evacuación en un hospital.
- Detallar las prioridades de evacuación referente a los enfermos.

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 todo centro sanitario como lo es un hospital debe de existir un Plan de Emergencia , en donde se recoge la planificación y organización que faciliten la utilización óptima y eficaz de los medios técnicos y humanos con el fin de reducir al mínimo las posibles consecuencias humanas y/o económicas que pudieran derivarse de una situación de emergencia.

Cabe destacar que aunque el plan de emergencia establece a unos responsables, en esta tarea de prevención de riesgos se debe de implicar todo el personal del hospital.

Teniendo en cuenta esto a continuación se detallaran las normas básicas que se deben de tener en cuenta ante una evacuación:

- Mantener la calma y no fomentar situaciones alarmistas.
- Eliminar obstáculos en puertas y rutas de evacuación.
- Empezar la evacuación con rapidez, sin gritos ni aglomeraciones.
- No intentar llevar consigo los objetos personales.
- No intentar recuperar ningún objeto que se caiga.
- Promover la ayuda mutua (controlar reacciones nerviosas).
- No volver a entrar en el área después de evacuada.
- Mantener el orden y la tranquilidad en las áreas de seguridad.
- Cerrar puertas y ventanas.
- Desconectar enchufes.
- Mantener libre la línea telefónica e interfono.

Es importante conocer que existen una serie de prioridades a la hora de evacuar a los enfermos del hospital, debido a que no todos tienen la misma movilidad,

incluso muchos de ellos carecen de movilidad por si mismos haciendo que la tarea de evacuación requiera una pautas específicas:

- Primero se evacuará a los enfermos que puedan desplazarse por sí mismos.
- Después se evacuará a los enfermos encamados que no pueden moverse por sí mismos, que estén más alejados de la zona de salida.
- En último lugar evacuaremos a los enfermos impedidos más próximos a la zona de salida.

5 Discusión-Conclusión

En un hospital trabaja mucho personal, en diferentes áreas y servicios y con funciones muy diferentes, es importante que todos los empleados del hospital estén sensibilizados y colaboren con su actitud y profesionalidad con el fin de evitar accidentes.

Con este trabajo nos gustaría proponer crear jornadas de sensibilización para los empleados, también realizar dípticos de información sobre los puntos de encuentro ante una evacuación y las normas básicas de actuación, dicha información se debería de entregar ante nuevas contrataciones, así como disponer en las zonas comunes y de descanso de los trabajadores.

Por otra parte consideramos importante la revisión periódica de la maquinaria utilizada en el hospital, sustituyendo por nuevas máquinas en el caso de que estas estén obsoletas, con desperfectos o mucha antigüedad.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Incendio_en_la_cl%C3%ADnica_Saint_Emilien.
2. <https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones/web01-s2oga/es/adjuntos/GuiaSL13c.pdf>.
3. https://www.chospab.es/plan_emergencias/evacuacion.htm.
4. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/8468-guia_incendio.pdf.

Capítulo 440

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA HOSPITALARIA

ROSALÍA MATA GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro de los centros hospitalarios existen numerosas instalaciones donde se realizan multitud de actividades diferentes que pueden ocasionar un incendio o una explosión.

Debe destacar que una emergencia se entiende cuando se produce un riesgo producido por una serie de acontecimientos, (escapes de gas, explosión, inundación, incendio, etc.) que, en mayor o menor medida, produce consecuencias que ponen en peligro la vida o la salud de las personas.

Con los planes de emergencia se pretende obtener una implantación que optimice la utilidad de los recursos técnicos y humanos disponibles, con el principal objetivo el controlar de la manera más rápida posible la evolución de la emergencia y minimizar las consecuencias que puede provocar ésta.

Las medidas contra las emergencias son principalmente: la prevención, la protección y la reparación.

Las emergencias se pueden clasificar según el factor de gravedad de las mismas:

1. Conato de emergencia: pueden ser controlados de manera rápida y sencilla por el personal y los medios de protección propios del centro hospitalario.
2. Emergencia parcial: el suceso, para ser controlado, requiere de la intervención de los equipos especiales de emergencia del sector destinados para esa finalidad, y solo afectan a dicha área sin intervención de sectores colindantes.
3. Emergencia general: este tipo de emergencia es de tal magnitud que, además de la actuación de los equipos internos del centro, se precisará del apoyo de equipos

externos especializados y requiere la evacuación de las personas de determinados sectores.

2 Objetivos

- Obtención de conocimientos sobre la actuación en determinados casos de emergencia.
- Saber como actuar con precaución para no provocar riesgos mayores de los ya existentes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en 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

Debemos de saber que en caso de producirse una emergencia, como trabajadores de un centro hospitalario debemos permanecer en nuestros puestos de trabajo dentro del área en el que estemos destinados.

Ante una emergencia que pueda producir un riesgo para la salud y como consecuencia de esto se decide proceder a la evacuación, se designará a una persona encargada de dirigir la evacuación, para que se produzca de forma ordenada. Sólo seguiremos las órdenes proporcionadas por dicha persona.

Las distintas emergencias requieren diferentes medios de intervención:

- Cualquier persona que detecte una emergencia debe poder comunicarla a la centralita mediante algún teléfono interno o alarma.
- Debe de comunicarse la emergencia a una persona formada para que pueda evaluarla y movilice los equipos necesarios de intervención.
- En caso de ser necesaria ayuda de equipos externos debe haber una persona en la entrada principal para recibir, informar y acompañar a estos equipos.
- En caso de evacuación los métodos para el traslado de pacientes son los siguientes:
 1. Por levantamiento: el más rápido y fácil de aplicar.

2. Por arrastre directo: indicado cuando hay mucho humo, son más lentos y requieren gran esfuerzo.
3. Por arrastre con silla: son más rápidos que los anteriores y más confortables para los pacientes.
4. Arrastre por colchón: son seguros y confortables pero son muy lentos y requieren de mucho esfuerzo.

Existen dos tipos de evacuación:

- Evacuación vertical: se produce cuando el traslado conlleva moverse de una planta a otra o al exterior del centro.
- Evacuación horizontal: consiste en mover a las personas desde la zona donde está la emergencia hasta una zona segura ubicada dentro del mismo nivel. Sería el procedimiento predeterminado a utilizar, y nos podemos ayudar de camas y sillas.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia saber que existen planes de emergencia diseñados con el propósito de poder prevenir riesgos que se puedan ocasionar de manera accidental y lo imprescindible que es la formación del personal.

Los celadores también pueden ser componentes del equipo de segunda intervención (trabajadores con formación y entrenamiento). Estos celadores de encargarán de recoger la máxima información sobre la emergencia y utilizaremos los medios que tengamos a nuestra disposición como los extintores en caso de incendio. El resto de celadores del área seguirán las instrucciones del Jefe de Personal Subalterno, para organizarse en la evacuación, utilizando los ascensores y vías de evacuación, cerrando ventanas y puertas, etc.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 441

EL CELADOR DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

LUIS SANTOS ROBLES

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

1 Introducción

Las funciones que desarrolla el celador en el área hospitalaria son esenciales para el correcto funcionamiento de las diversas acciones que se llevan a cabo en las instituciones sanitarias. Además de aquellas labores que son propias de su puesto de trabajo, el celador ha desempeñado otras funciones que han asegurado el bienestar de los pacientes durante la crisis sanitaria producida por el Covid-19.

Así pues, algunas de estas acciones han ayudado a minimizar los riesgos de contagio dentro del espacio hospitalario y para ello, el celador ha debido tener en cuenta en todo momento el protocolo establecido para mantener la seguridad tanto de los pacientes como del personal sanitario. Por lo tanto, el celador se ha hecho cargo del cumplimiento de las medidas preventivas pertinentes para evitar el contagio y/o empeoramiento de los pacientes.

Sin embargo, debido a que muchas de las funciones del celador están relacionadas con la vigilancia y el control de los accesos al Hospital, este cargo supone el

primer contacto del usuario con la institución, por lo que ha sido fundamental que haya tenido especial cuidado y prevención en todas y cada una de las funciones que se le han encomendado durante el periodo de pandemia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las funciones del celador durante la situación sanitaria causada por la pandemia de Covid-19.

Objetivos secundarios:

- Identificar cuáles han sido las funciones específicas que el celador ha desempeñado durante este período.
- Describir aquellas labores que son habituales en el celador en los servicios de UCI Covid-19, puerta y urgencias.
- Valorar la importancia del trabajo del celador durante la pandemia.

3 Metodología

La información que se aporta para este estudio ha sido obtenida a partir de diferentes fuentes bibliográficas. Entre ellas podemos encontrar el uso de bases de datos como PubMed, un recurso especializado en el ámbito de la Medicina. Otros materiales de consulta han sido las plataformas Dialnet, Academia.edu o Google Académico y, además, revistas especializadas en las funciones del Celador como la Revista Ocronos.

4 Resultados

Durante la situación de pandemia el celador ha realizado sus funciones en los diferentes servicios que componen un centro hospitalario. No obstante, algunas de estas labores dependen de las características del área a las que ha sido asignado. Entre estos servicios destacan principalmente tres: el celador en el Servicio de Cuidados Intensivos o UCI Covid-19, el celador en el servicio de Urgencias y el celador en la puerta principal y de información.

En primer lugar, describiremos las funciones que el celador desarrolla en la UCI Covid-19 o en las salas habilitadas para este tipo de pacientes. Dentro de estas

labores encontramos principalmente su papel de apoyo en la movilización y sujeción de los enfermos, ya sea para la realización de cualquier intervención o durante el aseo de estos.

Además, en esta área el celador se hará cargo tanto del traslado de los documentos o analíticas que sus superiores le requieran como del traslado de los enfermos dentro de la planta o fuera de esta a otros servicios como quirófano o radiología. Por último, dentro de la UCI Covid-19 informará a sus superiores de cualquier desperfecto u anomalía que observe en las estancias, materiales, etc.

Así pues, en el servicio de puerta e información, el celador será el encargado de controlar que se cumplan todos los protocolos establecidos durante la situación de pandemia. De este modo, estará a cargo del control de temperatura a todo usuario que acceda al edificio mediante el uso de un dispositivo que no requiera contacto y supervisará que se realice el lavado de manos tanto al entrar como al salir del edificio.

Dado que el uso de mascarilla es obligatorio, vigilará que todo usuario mayor de 6 años haga uso de ella. En caso de que el visitante no disponga de una o acceda con una mascarilla FFP2, se le facilitará una mascarilla quirúrgica.

Desde su puesto en la entrada, deberá solicitar la identificación de aquellas personas que pretendan acceder al edificio, anotando sus datos personales en un registro con el objetivo de tener un mayor control sobre el tránsito en el centro sanitario.

Por otro lado, también se debe tener en cuenta que el celador se encuentra expuesto a un alto nivel de contagio debido a que mantiene contacto directo tanto con los pacientes como sustancias o materiales, por lo que deberá tener especial cuidado a cualquier maniobra que realice. Así pues, además de llevar la vestimenta apropiada, el celador debe protegerse mediante el uso del Equipo de Proyección Individual o EPI, cuya Además de llevar la vestimenta apropiada, el celador debe protegerse haciendo uso del equipo de protección individual o EPI, un elemento que deberá siempre colocarse debidamente para evitar el contagio o la transmisión de partículas.

Para portar un EPI, es fundamental que el celador no porte ninguna joya o complemento, y en caso de llevar el pelo largo, deberá recogerse. Si llevara gafas, estas deberán ir bien fijadas para evitar su caída o rotura.

A continuación, describiremos los elementos que componen el EPI en el orden el que el celador debe colocárselos: la bata, las calzas, el gorro, la mascarilla FFP2, un protector ocular y finalmente, los guantes. finalmente, los guantes. Por otro lado, cuando se proceda a retirar el EPI, se debe seguir este orden: los guantes, la bata, las calzas, el gorro, la protección ocular y por última la mascarilla.

A la hora de desvestirse, el celador debe evitar realizar movimientos que faciliten la expansión de partículas y, además, se recomienda que tanto la colocación como la retirada de esta indumentaria se cuente con la ayuda de otro compañero. Finalmente, podemos destacar otras funciones del celador en otros servicios como es el caso del traslado de los fallecidos por la Covid-19 a los mortuorios, previamente habiéndolos introducido en sus sudarios y además, realizará labores de apoyo en las salas de autopsias.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador durante la situación sanitaria provocada por el Covid-19 ha sido de vital importancia para el correcto funcionamiento de los centros sanitarios. Sus servicios se han requerido en todas y cada una de las áreas que componen estas instituciones por ejemplo en urgencias, radiología, quirófano, salas de consultas, salas de autopsias y, sobre todo, en el área UCI Covid-19, donde ha debido cumplir un riguroso protocolo sanitario para evitar la propagación del virus.

Entre las funciones que ha desempeñado podemos destacar el la movilización y traslado de enfermos, documentos o pruebas, la vigilancia de las diferentes zonas del hospital como las entradas y salidas de este y además, ha supuesto un gran apoyo para el resto de personal sanitario.

6 Bibliografía

1. López González, P. “Funciones de un celador en un hospital durante la pandemia del SARS-CoV-2”, Revista Ocronos, vol. IV. N°. 8, (2021), p. 71. <https://revistamedica.com/funciones-celador-hospital-pandemia/>
2. López González, P. et al, El trabajo del celador en un centro hospitalario durante la pandemia, Universidad de Gijón, 2021.

Capítulo 442

EL CELADOR EN LA AMBULANCIA

LUIS SANTOS ROBLES

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

1 Introducción

El transporte sanitario es uno de los servicios complementarios que ofrece el Sistema Nacional de Salud. Su función principal es el traslado de los usuarios, ya sea por razones de enfermedad, accidentes y otras causas, en vehículos especialmente adaptados para ello. Este servicio debe realizarse en vehículos adaptados para el traslado individual de enfermos en camilla o en vehículos que permiten el traslado de varias personas que no padezcan enfermedades infecciosas. El vehículo en el que se realiza el transporte sanitario es la ambulancia, existiendo ambulancias de tipo asistencial, no asistencial y colectivas. Dentro de estas, el personal no sanitario y en concreto, el celador, debe desempeñar diferentes funciones que están relacionadas con el traslado de enfermos tanto dentro de la Institución como en este servicio. Estas funciones son de diversa naturaleza, como es el caso del traslado de enfermos, el acompañamiento de estos durante el desplazamiento e incluso, la inspección de los materiales e instrumental de la ambulancia y la limpieza del interior y exterior de la misma, además de la revisión del buen funcionamiento del vehículo. También se encargará de aquellas funciones que

son propias del celador, especialmente de la movilización y sujeción del paciente durante cualquier tipo de intervención.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las funciones específicas del celador en el servicio de ambulancia.

Objetivos secundarios:

- Identificar aquellas funciones que son de carácter general y propias del celador en las instituciones sanitarias.
- Valorar las funciones de apoyo y colaboración del celador junto al personal sanitario.

3 Metodología

La metodología que se ha utilizado para conocer las funciones del celador en el servicio de ambulancia procede de diferentes fuentes bibliográficas. En primer lugar, se han consultado varias bases de datos que nos han proporcionado diversos artículos y manuales centrados en las funciones del celador en las áreas de urgencias y ambulancia, además de otros repositorios como Dialnet y Google Académico. Finalmente, se ha utilizado como material de consulta un manual básico que describe el papel del celador en las Instituciones Sanitarias.

4 Resultados

Las funciones del celador en el servicio de ambulancia son variadas, siendo algunas de estas las propias de su puesto de trabajo, además de algunas concretas que debe realizar dentro de esta área.

Entre las labores que el celador realiza dentro de la ambulancia destaca el traslado de pacientes. Este traslado puede realizarse de diversas maneras, ya que el paciente debe trasladarse desde diferentes lugares y para ello, necesita la ayuda del personal sanitario. Durante estas acciones de cambio de paciente, ya sea desde su vivienda hacia la ambulancia, de la institución a la ambulancia y viceversa, el celador se encargará de disponer al usuario en la camilla o silla de ruedas de la forma más rápida y cuidadosa posible, evitando causarle cualquier tipo de daño. Por lo tanto, el celador se encargará de toda intervención que suponga el cambio del paciente de la camilla de la ambulancia hacia la camilla de la institución.

A pesar de que se trata de una acción muy común dentro de este servicio, es importante que para estos traslados se cuente con la ayuda de otro profesional. Por otro lado, ayudará al usuario en el acceso a la ambulancia, ya sea en camilla, silla de ruedas o le servirá de apoyo en caso de que pueda por sus propios modos. Durante el traslado, el celador deberá acompañar al paciente situándose en el asiento más próximo y en caso de que observase en este alguna anomalía, deberá informar de ello al personal Técnico Titulado. Una vez esté el paciente dentro de la ambulancia, ayudará al personal sanitario realizando las mismas funciones que desempeña dentro de la institución, como es el caso de la movilización y la sujeción de los pacientes.

Finalmente, ayudará al conductor de la ambulancia en la realización de maniobras que permitan la introducción o salida de la camilla en la ambulancia.

5 Discusión-Conclusión

El transporte sanitario es uno de los servicios más importantes que ofrece un Centro sanitario. El personal que lo compone debe estar debidamente formado y debe actuar de la manera más eficaz posible para ofrecer al usuario una atención sanitaria de calidad. Dentro del servicio de ambulancia se encuentra el celador, que desempeña diferentes acciones que son fundamentales para que el trabajo del personal sanitario se desarrolle adecuadamente. Entre las funciones del celador en la ambulancia destaca principalmente el traslado y la movilización de los enfermos. No obstante, debemos tener en cuenta que el celador también es esencial en cualquier tipo de intervención que se desarrolle dentro de la ambulancia, ya que ejercerá de apoyo en las tareas que le requieran sus superiores.

6 Bibliografía

1. Martínez Vuelta, M.P. “Transporte sanitario y la función del celador en el mismo”, Revista Ocronos, vol. IV. Nº. 11, (2021), p. 246. <https://revistamedica.com/transporte-sanitario-celador/>.
2. Martín-Romo, J., El celador asistencial, Editorial ICB, Málaga, 2011.
3. Montenegro Urbaneja, P. y Valdés Blanco, M. “La figura del celador en la ambulancia”, Revista Ocronos, vol. IV. Nº 3, (2021), p. 146. <https://revistamedica.com/celador-ambulancia/>.

Capítulo 443

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

LUIS SANTOS ROBLES

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ RODRIGO

MARÍA DEL CARMEN AGUILAR VILLAGRAN

ANTONIO JAVIER FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA MARTÍN - GIL GARCÍA - CONSUEGRA

1 Introducción

El quirófano es el espacio de una Institución Sanitaria en el que tienen lugar las operaciones quirúrgicas. La tipología de estas intervenciones es variada y por ello, cada una de ellas supone unas acciones y riegos diferentes; no obstante, se han establecido una serie de condiciones específicas de higiene y esterilización que son comunes a todas ellas y que el celador debe seguir en su trabajo dentro de la sala de quirófano.

En este servicio, el celador deberá ejercer aquellas funciones que son propias de su puesto de trabajo, además de aquellas que están relacionadas con esta área sanitaria. Entre las funciones del celador en este ámbito destaca el traslado de los pacientes a la sala de quirófanos, la movilización y sujeción de estos sobre la mesa de operaciones y labores de apoyo al personal sanitario. En caso de que se trate del traslado de un paciente en situación grave, también se hará cargo de que este cumpla unas condiciones higiénicas adecuadas, realizando tareas de lavado y preparación de este que no perjudiquen a su estado.

Durante estas acciones, el celador deberá llevar la indumentaria reglamentaria que se precisa en el servicio de quirófano y deberá estar en todo momento dentro de la sala por si es necesaria su labor en la intervención.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de quirófano y la importancia del celador dentro de este servicio.

Objetivos secundarios:

- Conocer las funciones del celador en la Unidad de Quirófanos.
- Identificar las funciones que son propias del Celador dentro de la sala de Quirófanos.
- Apreciar las funciones específicas del Celador en esta área.
- Diferenciar los elementos que componen la indumentaria apropiada que el celador deberá utilizar durante cualquier intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para realizar este estudio sobre las funciones del celador en el área de Quirófanos se han tenido en cuenta diferentes fuentes de información bibliográfica. En primer lugar, se han consultado diversos recursos online como Dialnet, Google Académico o PubMed en los que aparece documentación específica sobre el quirófano y el personal que lo compone, centrando la búsqueda en las funciones concretas del Celador en este servicio. En segundo lugar, se han utilizado manuales que contienen información más general sobre las instituciones sanitarias y el papel del celador en cada una de sus unidades.

4 Resultados

El celador dentro de la unidad de Quirófano realiza múltiples funciones, entre ellas se encuentran las propias de su puesto de trabajo y otras más específicas que están vinculadas con las intervenciones quirúrgicas de esta área.

Dentro de estas funciones encontramos principalmente el traslado del paciente al servicio de quirófano desde su unidad de origen y viceversa, procurando que este vaya acompañado siempre de su historial clínico facilitado por el personal de Enfermería del área correspondiente.

Por otro lado, las labores propias del celador dentro de esta área son el traslado del paciente a quirófano o la sujeción y movilización de este, aunque también desarrollará otras más específicas que tienen que ver con el traslado de mobiliario y objetos que formen parte de quirófano, siempre y cuando sea ordenado por sus superiores.

En el interior de la sala de quirófano posicionará de la forma correcta al enfermo según las indicaciones del anestesista antes de la intervención y proporcionará aquellos utensilios que sea necesario en el quirófano, como aparatos de radioscopia, aspiradores, etc. También se hará cargo del traslado a laboratorio, en caso de que fuera necesario, de los documentos o analíticas que se realicen durante la intervención quirúrgica.

No obstante, no debemos olvidar que deberá realizar los servicios de guardia que se le hayan asignado y, además, es conveniente que supervise las condiciones higiénicas y el estado de materiales de la sala y en caso de encontrar alguna anomalía, informe de ello al personal sanitario.

Si hay se produce una urgencia y no se encuentra de guardia en el servicio de peluquería, colaborará en el lavado y preparación del paciente, encargándose del rasurado de la zona en la que vaya a realizarse la incisión.

Finalmente, dentro de las funciones del celador se encuentra la de respetar las normas e indicaciones generales establecidas para toda la Unidad de Quirófano, especialmente aquellas relacionadas con la higiene o asepsia, las órdenes establecidas para el tránsito e ir con el atuendo apropiado. La indumentaria del servicio de quirófano está compuesta por diferentes elementos:

1. Uso del gorro.

Entre los tipos de gorros que existen encontramos los gorros de tela, que son reutilizables y los desechables de papel. El gorro debe cubrir todo el pelo y en caso de pelo largo, previamente será recogido para facilitar su colocación.

2. Uso de calzas.

Se utilizan para cubrir el calzado y al igual que los gorros, pueden ser tela o plástico. Las calzas de tela, a diferencia de las de plástico son reutilizables, pero hoy en día están prácticamente en desuso.

3. Uso de la mascarilla.

También hay mascarillas reutilizables de tela y desechables de papel. Con la situación sanitaria actual de la pandemia de Covid-19 es más frecuente el uso de mascarillas de papel. Respecto a sus normas de uso, debe estar correctamente colocada cubriendo mentón, boca y nariz y deberá cambiarse periódicamente. Por otro lado, se debe hacer uso de ella en toda intervención, aunque esta no suponga riesgo de transmisión de infecciones por vía aérea.

4. Uso de gafas y pantalla de protección.

En la actualidad para la protección de la mucosa conjuntival es muy común su uso, sobre todo en prácticas que supongan la producción de aerosoles o salpicaduras de líquidos orgánicos o sangre. También es recomendable el uso de gafas y pantallas de protección cuando se realicen intervenciones con láser en las que se manipule nitrógeno líquido, partículas de virales o se expulsen microgotas de sangre para así evitar infecciones.

5. Uso de la bata.

Pueden ser de tela o papel, siendo estas últimas las más utilizadas. Debe estar debidamente colocada, cubriendo totalmente el uniforme: puños ajustados mediante elásticos, cerrada por detrás y por delante, totalmente lisa para evitar que pueda engancharse con cualquier objeto. Deberá llegar, al menos, por debajo de las rodillas y es fundamental que el uso de una bata se limite a una por paciente y a la zona concreta en la que haya utilizado para evitar la contaminación del uniforme.

5 Discusión-Conclusión

El Celador en el Quirófano tiene diversas funciones, algunas de ellas parten de sus conocimientos generales del traslado y movilización del paciente, mientras que otras son acciones que se realizan específicamente dentro de esta área.

Además de hacerse cargo del transporte tanto del paciente como de los objetos de quirófano tanto dentro como fuera de este, es parte fundamental para un buen desarrollo de la intervención quirúrgica, ya que deberá siempre servir de apoyo al resto de personal sanitario.

Por otro lado, independientemente del grado de intervención que se vaya a realizar dentro de sala de quirófano, el celador siempre deberá velar por el orden y la limpieza de esta, dando cuenta a sus superiores de cualquier desperfecto que pueda impedir el correcto desarrollo de la intervención.

Finalmente, es importante destacar que durante su jornada laboral deberá prestar especial atención a la indumentaria requerida para esta unidad, para así asegurar un ambiente de trabajo aséptico y seguro que no interfiera en la recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Manual Actualización del Celador. Formación para el empleo, Editorial CEP, Madrid, 2010.

2. Martín-Romo, J., El celador asistencial, Editorial ICB, Málaga, 2011.
3. Nieto Jácome, A., El Celador en Quirófano, Escuela de Gestión Sanitaria.

Capítulo 444

EL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

NOEMI BORIS DÍAZ

LAURA DE ANA CALVO

MARIA DEL ROSARIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

SARA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA ARIS FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad clasificada como neurológica, ya que afecta al sistema nervioso central. En ella el sistema inmunitario ataca a la mielina de las células nerviosas (neuronas) por error, esta desmielinización puede aparecer en muchas partes de cuerpo y de maneras muy diversas. Por esto se dice que es una enfermedad autoinmune.

Es una enfermedad con mucha diversidad en la sintomatología y que afecta de manera diferente a cada persona, tanto en síntomas como en intensidad. La suelen llamar por este motivo la enfermedad de las mil caras.

Por regla general es una enfermedad que se suele diagnosticar entre los 20 y 40 años (aunque también se puede hacer en otras edades).

Según el comité médico asesor de EME, en Abril de 2019 habría en España 55.000 personas con esclerosis múltiple, 3 de cada 4 son mujeres, la incidencia ronda los 4 casos por cada 100.000 habitantes. Suelen aparecer 2000 nuevos casos al año. Existen distintos tipos de esclerosis múltiple:

- Remitente-recurrente: es la más frecuente en general y en mujeres. Después de un brote los síntomas disminuyen e incluso desaparecen, los síntomas pueden variar de un episodio a otro. Este tipo suele aparecer en estadios tempranos, aunque algunos pacientes pueden permanecer en esta fase toda la vida.
- Primaria-progresiva: tiene la misma incidencia en mujeres que en hombres. Sus síntomas aparecen de manera progresiva, sobre todo los relacionados con la fuerza motora y caminar.
- Secundaria-progresiva: es en la que deriva el 25 % de los pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente.
- Progresiva-recurrente: es muy poco común aproximadamente el 3%, tiene una progresión constante no hay remisiones.

La terapia ocupacional es una disciplina que según APETO (Asociación Española de Terapia Ocupacional) es definida como "Disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad corre un riesgo o esta dañada por cualquier causa". Es por esto que es fundamental en el proceso de rehabilitación del paciente con esclerosis múltiple.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la terapia ocupacional en la esclerosis múltiple.
- Exponer como la terapia ocupacional puede ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, hemos realizado una revisión bibliográfica relacionada tanto con la patología en sí (esclerosis múltiple) como la disciplina que la va a tratar (terapia ocupacional), en diferentes libros relacionados con el tema a tratar y publicaciones académicas encontradas en internet.

4 Resultados

El paciente que tiene una enfermedad como la esclerosis múltiple, va a ser susceptible de tratamiento en los servicios de rehabilitación y entre ellos de terapia ocupacional en muchos momentos de su vida. Es por este motivo que lo primero que hay que hacer cuando acude al departamento de Terapia ocupacional es una valoración (física, psicológica y social) para saber en qué momento se encuentra y cómo desde nuestro trabajo le podemos ayudar para que sea lo más funcional posible y así ayudarlo a tener una buena calidad de vida. Nuestra función es aportarle todas las herramientas que necesite para ello. Una vez realizada y teniendo en cuenta la sintomatología que tiene en este momento, decidiremos las áreas sobre las que tenemos que intervenir y buscaremos las actividades más apropiadas para él. Entre las intervenciones que podemos realizar con estos pacientes están:

- Rehabilitación funcional de miembros superiores (rango articular, fuerza, destreza, coordinación óculo-manual, sensibilidad).
- Técnicas de economía articular.
- Educación para la conservación de energía (disminución la fatiga, administración de tiempos).
- Control posturas tanto en bipedestación como en sedestación.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales (aseo personal, vestido, transferencias, uso del dinero).
- Adaptaciones en su entorno (hogar, laboral).
- Asesoramiento en productos de apoyo.

Con nuestra intervención podemos decir que seremos su gran apoyo, para ir adaptándose a los cambios que va a ir experimentando a lo largo del tiempo debido a los brotes de la enfermedad que van a ir haciendo que por sus síntomas y las secuelas que le vayan quedando sean necesarios cambios en su funcionamiento en el día a día para ir minimizando el impacto que la enfermedad va a tener en su vida.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta el tipo de enfermedad, su variedad en la sintomatología y que se prolonga en el tiempo sabemos que son pacientes que van a necesitar un largo período de rehabilitación, dentro de un buen equipo interdisciplinar, donde el papel del terapeuta ocupacional va a ser fundamental como ya hemos visto en los resultados porque es la disciplina que lo va a tratar de manera holística,

focalizando su atención en las necesidades del paciente en el momento en que se encuentre teniendo en cuenta las diferentes esferas de su vida, para que este pueda tener una buena calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Begoña Polonio López. Terapia ocupacional en discapacitados físicos teoría y práctica. 1ª edición. Madrid. Editorial médica panamericana. 2003.
2. Annie Turner, Marg Foster, Sybil E. Johnson. Terapia ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica. 5ª Edición. Madrid. Elsevier España. 2003.
3. ¿Qué es esclerosis múltiple? Conoce esta enfermedad (Internet) disponible en <https://www.fem.es/>.
4. ¿Qué es la esclerosis múltiple?. Esclerosis múltiple España.(Internet) disponible en <https://www.esclerosismultiple.com/>.
5. ¿Cómo puede ayudar la terapia ocupacional a personas con esclerosis múltiple? (Internet) disponible en <https://www.irflasalle.es/puede-ayudar-la-terapia-ocupacional-personas-esclerosis-multiple/>.
6. ¿Cómo intervenir en esclerosis múltiple desde terapia ocupacional? (Internet) disponible en <https://www.miterapiasinfronteras.com/terapia-ocupacional/intervenir-esclerosis-multiple-desde-terapia-ocupacional/>.

Capítulo 445

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL.

MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO

1 Introducción

El paciente terminal es aquella persona que padece una enfermedad muy grave, que acaba convirtiéndose en irreversible, entrando de esta manera en la fase final de su existencia, pues su esperanza de vida a partir de ese momento será inferior a 6 meses.

En esta fase final será cuando el paciente abandone el tratamiento específico que lleva hasta entonces, cuya finalidad era curativa, pero que ya no le produce beneficio alguno, por otro tratamiento que el equipo de profesionales que llevan su caso considere apropiado para paliar los síntomas, tanto físicos como psíquicos, que le pueda producir a partir de ahora su enfermedad.

Ante esta situación, la actuación del equipo de profesionales sanitarios es muy importante, pues son los encargados de proporcionar esos cuidados paliativos. Pero también es muy importante la actuación del celador que trabaja con ellos, ya que éste colaborará sobre todo en proporcionar al paciente terminal la mejor calidad de vida posible, demostrando su empatía (capacidad de saber ponerse en el lugar de alguien) sabiendo escucharle, siendo prudente con él y sus familiares en sus comentarios y fomentando su dignidad proporcionándole un ambiente higiénico y tranquilo durante su estancia en el hospital. (1)

En la actualidad se estima que unos 40 millones de personas a nivel mundial precisa cada año de cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Analizar el trabajo del celador con los pacientes terminales.
- Demostrar que su actuación es necesaria e importante para que este tipo de pacientes tengan una mejor calidad de vida al final de su existencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de bibliografía relacionada con este tema (PubMed, revistamedica.com, mayoclinic.org) utilizándose descriptores concretos (“Paciente terminal”, “El celador y el paciente terminal”, “Cuidados terminales”) aplicándose un filtro de idioma (trabajos en español) y en el período de tiempo actual.

4 Resultados

Los resultados han demostrado que la actuación del celador con respecto a un paciente terminal es muy importante, ya que su trabajo está encaminado a colaborar en procurarle cuidados paliativos que le sirvan para hacerle mas llevadero sus últimos meses, semanas o días de vida.

Teniendo en cuenta que no todos los pacientes son de edad avanzada, sino que también pueden ser jóvenes o muy jóvenes, con distintos grados de dependencia y con facultades físicas y psíquicas diferentes, el celador deberá saber adaptarse a estas situaciones.

No se debe olvidar tampoco que junto a los pacientes terminales estarán sus familiares, a los que también el celador dispensará un trato correcto, respetuoso y empático, ya que no se puede olvidar que son ellos los que acompañarán a su ser querido hasta el último instante de su vida y, por consiguiente, pasarán por el proceso de enfrentarse al desagradable momento.

El celador, como parte del equipo de profesionales que atenderán a este tipo de pacientes (médicos, enfermeros, TCAE, psicólogos o voluntarios, entre otros), tiene por objetivo principal ayudar a evitar su sufrimiento en la medida de lo posible, y eso lo podrá conseguir mejorando, por ejemplo, las condiciones ambientales que le rodean, ayudando en su higiene personal, manteniendo en orden su habitación y sus cosas particulares, ayudándole a encontrar una postura cómoda que favorezca su respiración, en sus cambios posturales (para evitar úlceras por presión y otras lesiones) y para favorecer su movilidad.

Es muy importante también que el paciente no se sienta solo. Que sienta que tiene un apoyo. Sentir que le escuchan es algo esencial para él. Y para ello una correcta comunicación verbal y no verbal es muy necesaria. El celador desarrolla en esta situación su empatía, y será correcto y respetuoso, extremando su actitud y mostrándose colaborador con el enfermo y su familia. Escuchar sus sentimientos, respetar sus opiniones y creencias será importante para el enfermo, que lo notará, y ello le producirá alivio por poder desahogarse, contribuyendo positivamente a su situación e indirectamente a la de su familia, ya que éstos también se sentirán mas aliviados si le ven mas relajado y sin sufrimiento. (2)

Por todo este trabajo y su forma impecable de realizarlo, se demuestra que la actuación del celador ante un paciente terminal, es sumamente importante y necesaria.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores, como parte del equipo de profesionales que atienden a los pacientes terminales, fomentan actitudes positivas con su forma de hacer su trabajo, lo que contribuye a una mejor calidad de la asistencia.

Es muy importante que el equipo de profesionales donde se incluye al celador, trabaje siempre de manera conjunta para conseguir el objetivo imprescindible de una calidad de vida excelente para los últimos días de estos pacientes. Por tanto un ambiente relajado, la compañía, la empatía y sus cuidados personales, serán clave para poder lograrlo.

Y es que psicológicamente, mientras el enfermo va pasando por las diferentes etapas desde que sabe de su patología hasta su final (shock, negación, cólera, negociación, depresión y aceptación) hablar con quién le escuche y poder expresar lo que siente le será sumamente positivo. La familia será un apoyo fundamental en esta etapa. El impacto emocional que le supone también para ellos esta situación, será mitigada en parte al saber que sus cuidados son los mejores.

6 Bibliografía

1. Sánchez CG. Ocronos. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 28. Available from: <https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal/>.
2. Riesco MBS. II Congreso Virtual SICEPA - USIPA. [Online].; 2022 [cited 2022 julio 01. Available from: <https://congresosicepa.com/celador-paciente-terminal/>.

3. Sonsoles. Revista Médica. [Online].; 2018 [cited 2022 julio 02. Available from: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html>.

Capítulo 446

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

VANESA MALDONADO PEREZ

1 Introducción

Los Servicios de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales son servicios muy completos cuya finalidad es brindar una atención integral a todos aquellos pacientes que se encuentren en condiciones muy críticas y cuya salud corre mucho peligro. En la actualidad, muchos centros hospitalarios de referencia han creado diferentes tipos de servicios e ingresar al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) según la patología que presente el paciente.

Los cuidadores que se encuentran en la UCI será el personal encargado del departamento. Todos aquellos celadores que se encuentren trabajando en el servicio de la UCI deben estar muy bien capacitados y especializados en realizar todas aquellas funciones que existen en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital donde trabaja, ya que los pacientes que se encuentran ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) deben movilizarse con mucho cuidado para que su estado no empeore y vaya a peor. Para finalizar es importante saber, que todo celador que trabaje en una Unidad de Cuidado Intensivos de un hospital tiene que tener en cuenta que este servicio es muy especial dentro del hospital, ya que se va a encargar de proporcionarle unos cuidados al paciente que se encuentra enfermo e ingresado de una manera continua.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende con este capítulo de libro es señalar cuáles son las principales funciones que tiene que realizar un celador que trabaja en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes páginas de Internet, para se han empleado diferentes palabras claves como son: Unidad de Cuidados Intensivos, UCI, Celador y Celador de UCI.

4 Resultados

Los resultados que se pretenden alcanzar con este capítulo de libro es saber todos los tipos de funciones que va a desempeñar un celador o celadora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las principales funciones que va a desempeñar el celador o celadora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son:

- Transportar al paciente desde el servicio en el que se encuentre hasta la propia UCI o viceversa, llevando todo el informe del paciente.
- Movilizar y trasladar al paciente a la cama designada. En este sentido, hay que tener en cuenta que los celadores de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) van a tratar con pacientes más complejos que los pacientes habituales, por lo que estas manipulaciones deben realizarse con la máxima seguridad y cuidado para ellos. Los cuidadores deben dominar todas las posiciones que existen para colocar a un paciente (decúbito supino, decúbito prono, posición lateral y posición de fowler).
- Transportar todos los equipos, materiales y documentos asignados por los médicos y enfermeros del servicio.
- Prevenir las posibles infecciones en los pacientes, para ello emplearán material estéril.
- Colaborar junto a las enfermeras y asistentes a moverse y cambiar las sábanas del paciente siempre y cuando el personal que debe realizar esta funciones lo requiera. La acción rápida por parte de este personal al igual que el de otros sanitarios de diferente categoría es esencial, por lo que los celadores que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital deben recordar que la función de cooperar con otros sanitarios (ya sean médicos, enfermeros, auxiliares...)

en todo lo que se les indique es fundamental y forma parte de su trabajo diario en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

5 Discusión-Conclusión

Todos aquellos pacientes que se encuentren ingresados en la UCI de un hospital, van a necesitar tener la seguridad de que su salud no se deteriora por falta de equipo de protección, personal y precauciones por parte de los profesionales que los atenderán en cada minuto del día. Por tanto, este aspecto es fundamental porque además de evitar que el estado del paciente empeore con este régimen, contribuirá a mejorar la imagen del centro médico del hospital donde se encuentra hospitalizado el enfermo. Por todo ello, es muy importante que todos los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de cuidados intensivos reciban una formación adecuada, con la finalidad de intentar salvar la mayor cantidad de vidas posibles.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Formacurae.es. Encontrado en: <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-8-UCI.pdf>.

Capítulo 447

COLABORACIÓN DE LOS CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS.

MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO

1 Introducción

La movilización de los pacientes encamados consiste en una serie de técnicas que sirven para poder moverles y colocarles adecuadamente en la cama utilizando el mínimo esfuerzo y riesgo tanto para ellos como para los profesionales que les ayudan.

La movilización es algo muy importante para éstos, pues generalmente se trata de pacientes que tienen mermadas sus capacidades debido a una grave enfermedad, una situación terminal que requiere de cuidados paliativos o a su edad avanzada, y ello les impide por sí mismos moverse, necesitando, por consiguiente, ayuda de los profesionales para mejorar en la medida de lo posible su situación. (1)

Ayudando a la movilización cuando sea necesario, se consigue que el paciente en cuestión se sienta confortable y cómodo, y se le pueda mantener la piel saludable, la sangre circulando y prevenirle la aparición de llagas, escaras o úlceras. La movilización es, por tanto, un momento oportuno para poder observarle la piel en busca de enrojecimientos o lesiones cutáneas.

Los celadores son profesionales que colaboran en la movilización de estos pacientes en el hospital junto con el personal de enfermería. Y esa movilización ha de realizarse siguiendo una serie de normas que favorezcan su comodidad. Los celadores, por consiguiente, tienen que conocer e identificar las posiciones anatómicas más utilizadas en hospital. (2)

2 Objetivos

Exponer que la movilización de pacientes encamados es necesaria y beneficiosa para los mismos, y que a ello contribuye de manera importante los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realizó una revisión sistemática de bibliografía relacionada con el tema en cuestión en bases de datos y páginas web (Scielo, celadoresonline.blogspot.com, revistamedica.com, fundacionsigno.com, www.riojasalud.es, vitae-health.com) utilizándose determinados descriptores (“Celadores y movilización de pacientes”, “Manipulación de pacientes”, “El celador y la movilización del paciente”, “El paciente encamado”) aplicándose un filtro de idioma (páginas en español) y en el período de tiempo actual.

4 Resultados

La movilización de los pacientes encamados es de suma importancia para la salud de los mismos. El movimiento es una capacidad unida siempre a la vida humana, y esa movilización es imprescindible para su salud, poder relacionarse con su entorno y tener autonomía.

Por eso, cuando determinados pacientes que, por cuestiones de edad o grave enfermedad, se ven privados de movimiento, es cuando se hace necesario que obtengan ayuda, y en los centros sanitarios es el personal de enfermería quien les ofrece la misma, ayudados por los celadores, que además intervienen en otros tipos de movilizaciones existentes (exploraciones, intervenciones quirúrgicas, pruebas complementarias, traslados en cama, camilla o silla de ruedas).

Por ello, la formación continuada de estos profesionales para actualizar sus competencias, es algo esencial, y en este caso concreto, para conocer las posiciones anatómicas mas comunes con las que ayudar al beneficio de los pacientes encamados.

La inmovilización de los pacientes que se hallan encamados y han perdido su autonomía, tiene repercusiones negativas en su salud (sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, nervioso, musculoesquelético, digestivo o genitourinario, y en la aparición de alteraciones hormonales, metabólicas o de la piel).

El hecho de que los celadores colaboraren en su movilización y en los cambios posturales permitirá que los pacientes encamados tengan una serie de beneficios

(alivio del dolor, prevención de edemas e inflamaciones, mantener su piel en el mejor estado posible para evitar las úlceras por presión y también prevenir las complicaciones respiratorias derivadas de la inmovilización, como neumonías o atelectasias: colapso parcial o total de un pulmón por desinflarse o llenarse de líquidos los alveolos) (3).

No hay que olvidar en estos casos, que la empatía también es primordial, pues es la manera de poder entender lo duro que puede llegar a ser estar postrado en una cama y la incomodidad de tener que depender de otras personas, perdiendo así también intimidad. La empatía ayudara a darle respeto y cordialidad a la situación.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto, los celadores siempre tienen un papel muy importante a la hora de realizar la movilización de los pacientes encamados, movilización que debe efectuarse como tratamiento preventivo y también de manera anticipada, manteniendo esta situación solamente durante el período de tiempo que el paciente sea dependiente.

Otra de las cosas a tener en cuenta es la seguridad del paciente, intentando evitar siempre el síndrome desuso (son los riesgos asociados a la inmovilidad) y de los propios celadores (sobre todo en cuestión de posibles dolores de articulaciones o de espalda).

Es además de mucha importancia que los celadores tengan suficiente conocimiento de las normas y de las distintas técnicas relacionadas con la movilidad de los pacientes encamados para así contribuir en todo lo posible a su bienestar y a su pronta recuperación, porque no hay que olvidar que el objetivo siempre es que el paciente mantenga la funcionalidad de su cuerpo, una correcta alineación corporal y su salud emocional (4).

6 Bibliografía

1. Fernández SM. Complejo Asistencial de Palencia. [Online].; 2009 [cited 2022 Julio 03. Available from: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/hpalencia_prl_movilizacion_manual_pacientes.pdf.
2. Laborales SdPdR. Servicio Riojano de Salud. [Online]. [cited 2022 Julio 04. Available from: <https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/prevencion-rrll/triptico-movilizacion-pacientes-3170.pdf>.

3. Juárez GMR. Ocronos. [Online].; 2019 [cited 2022 Julio 03. Available from: <https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/>.
4. Médicos P. Revista Electrónica. [Online].; 2019 [cited 2022 Julio 04. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-en-el-paciente-encamado-objetivo-y-procedimiento/>.

Capítulo 448

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA DE QUIROFANO

IVÁN ARAQUE CASTELLANOS

1 Introducción

El quirófano está dentro del área hospitalaria. Es una habitación de mayor complejidad y que dispone de la tecnología más avanzada. Debido a la actividad que se realiza en el mismo las condiciones de limpieza tiene que ser mayor para evitar contaminación microbiana . Al quirófano no se introducirán objetos del exterior. El quirófano es una zona con unas características propias que la diferencian del resto de unidades , en quirófano se llevan unas normas de actuación y protocolos es fundamental para garantizar la salud del paciente y evitar la propagación de cualquier infección.

Es importante, dado que el celador es el encargado del traslado del paciente desde la habitación hasta el quirófano, que sepa transmitirle al mismo todo el apoyo tranquilidad posible durante el trayecto. El celador debe tener capacidad para hacer un trabajo en equipo por ser una zona en la que es muy importante y en la que tenemos que tener una buena comunicación y coordinación.

El quirófano es el área de la Institución Sanitaria donde se realizan las operaciones quirúrgicas. La misión del quirófano consiste en prestar tratamiento quirúrgico adecuado a la patología de los pacientes con la máxima profesionalidad, respeto y eficacia para mejorar la salud del paciente.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en el área de quirófano.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos de internet en las bases de datos Scielo y PubMed. Los artículos que hemos seleccionado son a partir del año 2017 y escritos en castellano, descartando los textos escritos en otros idiomas. Se utilizan los siguientes descriptores: celador, quirófano, infección, área quirúrgica, higiene.

4 Resultados

El antequirófano es la zona donde permanecerá el celador durante la intervención quirúrgica del paciente por si precisaran de sus servicios. Su principal función será trasladar al paciente desde su habitación hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa, llevando la historia clínica del paciente. Colaborará en la colocación adecuada del paciente en la mesa de operaciones y garantizará que se respeten las normas básicas de actuación en el quirófano en cuanto a la higiene o asepsia. Deberá transportar todos los aparatos y mobiliario necesario para la operación y en el caso del fallecimiento del paciente será el encargado de su traslado al mortuario.

Toda las personas que estén destinadas a trabajar en el quirófano deberán llevar la vestimenta adecuada. El uniforme consta de pijama de dos piezas, color verde limpio habitualmente, y calzado específico de color verde para quirófano o calzas en su defecto y gorro para cubrir el pelo. Una vez que se abandone el quirófano deberá cambiarse el uniforme.

Funciones del celador en el área de quirófano:

- Ayudar a médicos, supervisores o enfermeros en todas las tareas propias del celador destinado en estos servicios.
 - Transportar documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención a distintos sitios como anatomía patológica, laboratorio.
 - Auxiliar al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones, ayudando a colocarlo en la posición adecuada.
 - También realizará otras funciones similares a las expuestas pero que no están específicamente señaladas.
 - Otra de las funciones es rasurar cuando el tratamiento es de urgencia o no hay ningún peluquero disponible, rasurando en este caso a los enfermos masculinos.
- Aparte de estas funciones, existen riesgos a tener en cuenta por el celador, relacionados con:

Uso de material eléctrico (fuego, descargas eléctricas derivadas del equipo utilizado, y quemaduras).

Láseres. Es necesario utilizar protección ocular (destellos, chispas, vapores derivados de la cauterización).

Posición del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una vez descritas sus principales funciones podemos concluir que la labor del celador de quirófano es de gran importancia para la correcta realización de las intervenciones quirúrgicas. Por este motivo su trabajo requiere de una formación previa que le permita desarrollar todas sus funciones de forma adecuada dentro de un área de quirófano.

El celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia y también darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrarán en la limpieza y conservación del edificio y material.

El celador es la primera persona que recibe al paciente

6 Bibliografía

<https://celador/funciones-del-celador-en-quiroyfano>

Capítulo 449

LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE CELADOR EN MORTUORIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

SILVIA RATON ÁLVAREZ

RICARDO AGUIRRE GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario se entiende por la palabra exitus que un paciente ha fallecido. El fallecimiento puede ser debido a varias causas como por ejemplo una enfermedad o por una patología.

La palabra exitus proviene del latín exitus letalis. Una de las cosas más importantes a la hora de atender a un paciente dentro de una institución sanitaria es el tratamiento y cura que se da al paciente como así también el cuidado y nuestra empatía tanto hacia el paciente como a su familia. Los cuidados y las atenciones que se le da al paciente van más allá del tratamiento y cura que se le da, llegando en los casos necesarios a tratar su cuerpo una vez que ha fallecido.

Cuando esto ocurre, el exitus, todos los profesionales del ámbito sanitario se involucran para que el paciente pase al siguiente estadio.

Uno de los profesionales involucrados en estas tareas es el celador, que interviene desde el principio del proceso hasta el final. Se puede decir que es un elemento esencial en el proceso y que se debería de considerar uno de los profesionales a los que más atención se le debería de prestar reconociéndole su labor, que en muchas ocasiones es poco valorado.

2 Objetivos

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:

- ☒ Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en las funciones del personal de celador en mortuorio.
- ☒ Conocer la importancia de una realización eficaz de las funciones del personal de celador en mortuorio.
- ☒ Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al celador en mortuorio.

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

Una vez que se certifica la muerte del paciente a través de la prueba ECG plano solicitada por el médico, el equipo de enfermería se tiene que encargar de preparar el cuerpo del paciente con el mayor respeto posible y con ayuda del celador para las tareas de movilización. El cuerpo se prepara detrás de unas cortinas y el equipo profesional de celador que participa en estas tareas tiene que ir equipado con guantes de látex y colocará el cuerpo en las posturas necesarias para retirar todos los equipos que se le hubiesen puesto en vida como pueden ser vías, sondajes, etc. También se le realiza al paciente fallecido una higiene post-mortem y se le pone una vestimenta limpia. El cadáver se tiene que colocar en posición

de decúbito supino con los brazos en paralelo en la cama y se deja el rostro al descubierto para que lo puedan ver los familiares si así lo desean.

Durante el tiempo que dura la intimidad, el personal de celador es el que se tiene que encargar de la documentación y de informar al jefe de los celadores de la situación.

El celador también se encarga de llevar el cuerpo fallecido por los pasillos, ascensores y lugares adecuados para ello hasta la zona donde es necesario depositar el cuerpo. En estos casos irá acompañado de la familia del fallecido.

El cuerpo se depositará en una camilla con el sudario cerrado completamente y tendrá que ir tapado con una sábana que llevará una pegatina de identificación.

Una vez que se lleva el cuerpo al mortuario, el cadáver se deja encima de la mesa forense. Esta mesa forense es frigorífica. A continuación, el celador se tiene que hacer cargo del registro del fallecido y llamar a la funeraria que previamente fue elegida por sus familiares.

Una vez terminado con todo el proceso, el celador volverá a incorporarse a su puesto de trabajo habitual.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido sacar en conclusión que el personal de celador es de los que más tiempo pasa con el paciente que ha fallecido. Esto es también conocido como éxitus.

Las funciones que tiene que desempeñar el celador con estos pacientes fallecidos, ha de ser con el mayor respeto posible y con mayor eficacia, discreción y empatía posible.

Es muy importante garantizar una buena atención en todo momento.

También cabe destacar que en muchas ocasiones, la figura del celador no suele estar bien valorada y no se es consciente de la importancia que supone su implicación en el éxitus y esto es debido a que muchos de sus compañeros profesionales desconocen las funciones que tienen los celadores ante el éxitus.

6 Bibliografía

1. Estatuto Marco del Personal Estatutario.
2. Estatuto del Personal No Sanitario, art. 14.02.20.
3. [Http://revistamedica.com](http://revistamedica.com)

Capítulo 450

EL CELADOR EN MATERNIDAD. REVISION BIBLIOGRÁFICA.

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

MONTSERRAT MURO MONTEAGUDO

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

1 Introducción

Las funciones que desempeña un celador, vienen recogidas en el punto dos del artículo catorce del estatuto de personal no sanitario que presta sus servicios en las instituciones sanitarias de la seguridad social.

El personal de celador desempeña unas labores que son muy importantes para proporcionar el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias. Un celador tiene que desempeñar su trabajo de la forma más eficaz posible y con responsabilidad. Para lograr esto, el celador tiene que conocer correctamente cuales son sus funciones.

El personal de celador que desempeña sus funciones en una institución sanitaria, se tiene que encargar de vigilar que los cumplimientos del centro sanitario donde se encuentra se cumplan adecuadamente y poder así velar por el bienestar de todos los pacientes y del resto de personal.

En este trabajo queremos hacer mención de las funciones que tiene el personal de celador en maternidad. Aunque se desarrollarán posteriormente en Resultados, estas funciones son las siguientes:

- En primer lugar, el celador tiene que recibir a las pacientes que van a ingresar. En el momento de que un paciente llega o sale de la institución sanitaria, el celador

tendrá que informar de ello en control de enfermería.

- Velara porque haya orden en todas las instalaciones.
- Tendrá que ayudar al paciente en el aseo en la medida de lo posible.
- Ayudará en la movilización y traslado de las pacientes en todo el centro sanitario.
- Tendrá que llevar la documentación de las pacientes a donde sea requerida.

2 Objetivos

Realizar una revisión de la literatura para describir las funciones del celador en maternidad.

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

En este apartado vamos a profundizar cuales son las funciones de un celador en maternidad:

1) Recibimiento de pacientes:

- En primer lugar, el celador tiene que recibir a la paciente que llega a la institución sanitaria.
- valorar si la paciente necesita una silla o una cama.
- informar a la paciente de que tiene que dar sus datos en admisión para ser identificada.
- ha de informar a enfermería de que ha llegado un paciente y les entregará la hoja de admisión y la demás documentación que sea necesaria.
- llevará a la paciente al área que le corresponde.

2) velar por el orden de las instituciones.

- velará dentro de lo posible por que se mantenga el orden adecuado y se haga un buen uso de las instalaciones. Tendrá que revisar si falta algún material y si existen desperfectos en las instalaciones.

- tendrá que revisar que todo el material como camas, carros y porta sueros se encuentren en buen estado y en caso de observar alguna anomalía intentará subsanarlo y si no fuese posible tendrá que informar a su supervisor del desperfecto observado.

3) colaborara en el aseo y movilización de la paciente.

- cuando la paciente no pueda valerse por si misma y precise ayuda para el aseo o para cambios posturales, el celador le ayudará.

4) Traslado del paciente por la institución sanitaria:

- el celador tendrá que trasladar a la paciente siempre que sea necesario dentro de la instalación sanitaria, ya sea para ir a consulta, a realizar una ecografía , etc.

- traslado del paciente cuando recibe el alta.

- trasladar a la paciente desde su habitación a la sala de partos cuando esta valla a dar a luz.

- trasladar al recién nacido a la unidad neonatal.

5) traslado de documentos:

- trasladara los documentos a las distintas áreas donde se le sea requerido.

6) traslado de material:

- tendrá que llevar el material que sea requerido en las distintas áreas como por ejemplo un ecógrafo, pulsímetros, equipos portátiles, etc.

U

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido ver como la figura del celador en el ámbito sanitario es muy importante. En cuanto al papel del celador en maternidad, hemos visto las distintas tareas que viene realizando y lo importante que es su trabajo en este ámbito. Resumiendo, podemos decir que las funciones del celador en maternidad son de colaboración y de apoyo al resto del personal que se encuentra en las instituciones sanitarias.

Es muy importante que el celador anteriormente haya tenido una buena formación y tenga muy claro cuales son las tareas que tiene que hacer con el fin de dar lo máximo de sí. n celador desempeña sus funciones en todas las áreas de una institución sanitaria. La presencia del celador cada vez es mas importante dentro del ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1. www.auxiliar-enfermeria.com
2. www.celadoresonline.blogspot.com
3. www.ifp.es/blog

Capítulo 451

LA IMPORTANCIA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

SARA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA DEL ROSARIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MARIA ARIS FERNANDEZ FERNANDEZ

NOEMI BORIS DÍAZ

LAURA DE ANA CALVO

1 Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) ocasionan una disfunción ocupacional en la persona, su rol y su entorno. Nosotros como Terapeutas Ocupacionales (TO) siendo una profesión sociosanitaria tenemos como finalidad alcanzar la mayor independencia posible, bien mediante la recuperación de la enfermedad o la adaptación a la misma.

Somos un perfil esencial en el proceso de rehabilitación en la UCI, para facilitar la recuperación mediante la adaptación del entorno y evitar secuelas a la persona a nivel físico, funcional, sensorial, cognitivo, emocional y social. Con este enfoque terapéutico centrado en la persona, se ayudará a mejorar la independencia y autonomía del paciente durante el proceso de recuperación.

Como Terapeutas Ocupacionales (T.O.) planteamos humanizar las salas de UCI con un enfoque bio-psico-social y un modelo centrado en la persona “Ocupación humana” (MOHO) Kielhofner 2008; el modelo Canadiense de desempeño y compromiso ocupacional (CMOP-E) Polatajiko 2007 y el modelo de proceso de intervención de terapia ocupacional (OTIPM) Fisher & Griswold 2014.

Para que el paciente en estado grave y con pluripatología que se encuentra aislado y privado de sus necesidades vitales, como pudimos evidenciar en la pandemia por el COVID-19 y que manifiesta dificultades al realizar sus actividades diarias (disfunción ocupacional), pueda recibir apoyo y una guía terapéutica. Así podrá tener la posibilidad de tomar decisiones en su proceso de rehabilitación y se comience con ella desde el primer día, evitando por ejemplo el síndrome del encamado, mediante movilizaciones pasivas, cambios posturales, e ir incorporando ejercicios según tolerancia, realizar vendajes neuromusculares, un correcto posicionamiento, actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y tareas significativas para la persona y un largo etc.

Entre los objetivos del T.O. estarían facilitar el bienestar integral del paciente, promover la adaptación, la participación y la autonomía en las actividades de la vida diaria dentro de la unidad y en su alta hospitalaria, evitando así la disfunción ocupacional.

2 Objetivos

- Resaltar la necesidad de incrementar el desempeño ocupacional del paciente en UCI, con la figura del Terapeuta Ocupacional dentro del equipo interdisciplinar, adaptándonos en el contexto y entorno, mediante una rehabilitación temprana centrada en la persona.

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

Deberíamos hacer un cambio de enfoque de un modelo médico donde vemos a la persona con una sintomatología clínica de manera aislada, a un modelo holístico de manera integral, donde se tiene en cuenta los roles que desempeña la persona, ya que los efectos a largo plazo de estar en UCI, afectan a muchos ámbitos de su vida:

- Físico-funcional: Los pacientes tienen limitaciones funcionales por atrofia muscular un año después del ingreso en UCI y aún se encuentran dificultades en las ABVD, como son las transferencias, la deambulación, el aseo personal, la autonomía en el vestido, etc. Y su consiguiente dependencia para las AIVD en todas las áreas ocupacionales.
- Cognitivo-emocional: Un 74% de los pacientes manifiestan ansiedad, depresión, estrés postraumático y delirium durante el ingreso. Y tras el alta el 78% de los pacientes tuvieron síntomas similares a un deterioro cognitivo. (Wergin & Modrykamien 2012). Llegando al punto de excluir de un tratamiento conservador como es la Hemodialisis para un paciente renal crónico en estadio avanzado, por pre-diagnosticar de un deterioro cognitivo tras recibir el alta hospitalaria en UCI, donde el paciente se encontraba ante un cambio de medicación, de entorno y de diálisis (peritoneal domiciliaria a hemodiálisis ambulatoria) ocasionando al paciente de edad avanzada un delirium y síndrome hospitalario o síndrome confusional agudo, agravado por los tiempos de la pandemia. Y que tras estabilizarse en el tiempo y espacio, la paciente se adaptó a la diálisis y mejoró en su autonomía en las ABVD.
- Socioeconómico: El 95% de las altas fueron en su propia casa, el resto fueron institucionalizados. El 50% de los pacientes en su domicilio necesitó de un familiar como cuidador principal, y la mayoría de estos teniendo que cambiar también su rol, e incluso precisar de apoyo en el servicio de salud mental para afrontar la nueva situación familiar. Además, el paciente después de un año aún no se había incorporado al puesto laboral, con su consiguiente coste económico al servicio de salud y el familiar en la mayoría de los casos tienen que pedir una excedencia y afectando así a su calidad de vida.

*Los datos recogidos son del Departamento de Terapia Ocupacional en un Hospital de Reino Unido y de la experiencia personal como cuidadora y Terapeuta Ocupacional a nivel nacional.

Respecto a nuestra intervención como Terapeutas Ocupacionales, podemos comenzar con una entrevista con él/la paciente y su familia, para conocer su historia ocupacional centrada en la persona y así crear una rutina en la que él/ella

tenga un papel activo, como previo paso para iniciar la rehabilitación funcional significativa desde el departamento de T.O.

Con el resto del equipo interdisciplinar (fisioterapia, logopedia, psicología, enfermería, celadores, etc.), realizaremos una evaluación de riesgos para detectar las necesidades y de manera temprana comenzar lo antes posible la intervención y así prevenir una mayor dependencia en su vida diaria en el momento de la hospitalización.

En el momento del alta hospitalaria elaboraremos un plan de actuación de manera coordinada, donde el T.O. visite el domicilio y asesore a la familia días previos al alta, sobre posibles barreras y la necesidad de productos de apoyo para que el paciente sea completamente autónomo en sus ABVD y tan solo requiera apoyo en las actividades instrumentales para el desempeño dentro del mismo. Y el mismo día del alta, se le acompañe para continuar con la rehabilitación en su entorno natural.

La rehabilitación temprana y la atención centrada en las personas, especialmente en pacientes graves y en situación crítica, mitiga el posible cuadro de delirium, la utilización de ventilación mecánica, ayuda a mejorar el tono muscular, previene las contracturas y posibles deformaciones; y de esta manera se reduce el ingreso en la UCI y efectos de la misma.

Como proyecto sería dotarle de objetos personales para fomentar la participación mediante una actividad funcional significativa, como puede ser su propio autocuidado, esta usada como herramienta terapéutica. Aumentar el horario de visitas a dos horas diarias e involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación, permitiéndola asistir si así lo requieren.

Además de adaptar el entorno modulando los estímulos sensoriales a cada paciente en el interior de la UCI (luz, temperatura, ruido) y crear una zona exterior al aire libre, un jardín ocupacional para hacer salidas terapéuticas, algo muy beneficioso para todos los pacientes.

Como profesionales sociosanitarios debemos tener en cuenta en todo momento los parámetros clínicos del hemograma porque pueden variar por los efectos de la medicación y la propia evolución del paciente, observando la sintomatología o la propia analítica valoraremos su estado actual, por ejemplo si tiene alterada la hemoglobina sabremos que tiene anemia y, por tanto, poca energía, al igual que si está afectada la albúmina que le producirá mucho cansancio; si está afectado el lactato y tropanina puede entrar en parada cardiorespiratoria; si están afectados los glóbulos blancos puede ocasionar un delirio; si está alterada la glucosa puede haber sudoración excesiva y temblores y si están afectados los electrolitos

por una insuficiencia renal le pueden producir desorientación, náuseas, picores, calambres y dolor de cabeza.

Deberemos estar pendientes de los monitores donde los valores deberán oscilar entre: la frecuencia cardíaca se encuentren entre 60-100, la presión arterial 120-60, la saturación de oxígeno este entre 93 y 100, para que sean óptimos para la actividad propuesta desde T.O. como puede ser realizar una transferencia de la cama a la silla para realizar el aseo en el wc, incorporarse de la cama para realizar el vestido o simplemente salir al exterior en la propia cama.

Por lo que deberá haber siempre una prescripción médica, estar monitorizados y acompañados del personal de enfermería por si hubiera alguna urgencia, y no alejarse mucho si los valores de la persona están inestables, para así poder realizar la rehabilitación funcional de manera segura y así ir valorando la tolerancia al esfuerzo durante la actividad.

Estarán excluidos de intervención en T.O. los pacientes que se encuentren con los valores descompensados o inestables, los pacientes en coma, con traqueotomía por debilidad muscular, intubados o con diarrea y desnutrición, ya que no tendrán energía para realizar la actividad propositiva.

5 Discusión-Conclusión

Para poder observar y recoger todas las necesidades de cada paciente, hacer una evaluación sobre su desempeño ocupacional, explicarles todo para que sean conscientes del proceso y unificar los objetivos dentro del equipo interdisciplinar de una manera integral, se requiere de la presencia de T.O. cualificados para poder intervenir como parte del equipo en la UCI.

Actualmente, como profesión nos encontramos con mucho intrusismo y desconocimiento de la profesión. Para ello se necesita más investigación a nivel nacional, para así demostrar la eficiencia de nuestra labor profesional mediante un protocolo o guía de actuación del T.O. en UCI, además de oportunidades financieras para dotar de recursos y personal a las UCI.

Existe la evidencia científica de la necesidad de un cambio de paradigma, en donde la rehabilitación física, cognitiva y funcional se realice mediante la participación en actividades funcionales significativas, mediante un enfoque centrado en la persona.

6 Bibliografía

1. Paul L, Marino. (2007). El libro de la UCI” Sección III, VII, XV. 4º edición. Editorial Wolters Klower.
2. Martín del Cañizo, Manuel. (2022). Apuntes del curso de Terapia Ocupacional en UCI. Kursia.
3. Guía clínica de TO en cuidados intensivos. Coptocam.2020. página 8-16. <https://coptocam.org/wp-content/uploads/2020/05/Gu%C3%ADa-cl%C3%ADnica-de-TO-covid-19-.pdf>
4. Guía clínica de los trastornos prolongados de la conciencia después de una lesión cerebral de aparición súbita. <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/prolonged-disorders-consciousness-following-sudden-onset-brain-injury-national-clinical-guideline>

Capítulo 452

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE INFORMACION AL PACIENTE. REISION BIBLIOGRÁFICA

OSCAR BERMEJO GUIJARRO

PEDRO MARTÍN-ALBO VILCHES

1 Introducción

El servicio de atención al paciente (SAP) o servicio de información al usuario (SIU) es el que se encarga de informar a todo paciente que entra en una institución sanitaria respetando siempre su confidencialidad y cumpliendo con la ley de protección de datos. También es el encargado de tramitar todas las reclamaciones que puedan presentar cualquier usuario o paciente dentro de la institución sanitaria.

Este servicio lo forman profesionales de diferentes categorías y ámbitos. Entre estos profesionales tenemos al celador. Este personal se encarga de atender personalmente tanto al paciente como a sus acompañantes informándoles sobre la organización del centro sanitario donde se encuentran, de los servicios que tienen disponibles, los horarios que hay de visitas y cualquier otra información que les pueda ser de gran utilidad y facilitarles la estancia en la medida de lo posible.

Se puede decir que este servicio depende de la gerencia del hospital y en caso de no haber esta gerencia, depende de la división médica.

Donde más importancia tiene este servicio de atención al paciente es en las áreas de consultas externas y de hospitalización, ya que es donde más cantidad de gente hay.

También en los servicios de rehabilitación y de urgencias cobra bastante importancia.

2 Objetivos

- 1) Describir cuáles son las funciones que desempeña el personal de celador en el SIU.
- 2) Explicar qué es el servicio de atención al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal de celador, en el SIU, tiene unas funciones que son las siguientes:

- Mientras el paciente o cualquier usuario se encuentra en el centro sanitario, orientará a estos: a) Les indicará donde se encuentran los servicios y las distintas unidades que hay en el centro sanitario. b) Les informará de los horarios que tienen los distintos servicios existentes. c) Les mantendrá informados de los horarios que hay para las visitas y consultas para la información médica. d) Informarles sobre el uso que tienen los puntos de información interactiva si es que está disponible en el centro sanitario donde están. e) Indicarles donde se encuentran los aseos. f) Informar al paciente de que dispone de silla de ruedas en caso de que la necesite.
- Podrá informar al ciudadano que no pertenece al centro sanitario de cosas que le pueden resultar de especial interés como pueden ser la ubicación de cafeterías, paradas de autobús o de taxis, etc.
- Se encargará de repartir el correo y otro tipo de documentación por todos los servicios y áreas del centro sanitario. Así mismo se encargará de mantener actualizado la cartelería de información.
- Velar por el cumplimiento de los derechos que tiene tanto el usuario como el paciente.

- Proporcionar una atención más personalizada a los acompañantes o familiares de los pacientes.
- Deberá de acreditar a los visitantes que vienen en un horario especial.
- Realizar encuestas a los pacientes o usuarios con un fin estadístico.
- Se encargará de confeccionar y entregar a los pacientes documentación relacionada a los servicios de admisión, plantas, urgencias, etc.
- Deberá de canalizar todas las quejas, sugerencias y reclamaciones que se reciban.
- Realizara funciones propias de un celador como es el velar por el orden y silencio en las dependencias de la institución sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Se puede sacar en conclusión que el papel del celador en el servicio de información al usuario es muy importante para lograr conseguir los objetivos previstos de este servicio.

Por lo tanto, el trabajo que desarrolla el celador en este servicio tiene que ser muy meticuloso y el propio celador tiene que darse cuenta de la importancia de su trabajo en este servicio y que no puede cometer fallos.

Por otra parte, decir que el celador es quien va a guiar al paciente o al usuario de las ubicaciones de los diferentes servicios que hay disponibles dentro de la institución sanitaria, por lo que es importante que conozca muy bien todo el centro sanitario para tener controlado las ubicaciones de todos los servicios y poder guiar correctamente al usuario o paciente.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.